
LANE
MEDICAL
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885
LIBRARY





GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIE

TOME CINQUIÈME.

[redacted]

Librairie de J.-B. BAILLIÈRE et FILS.

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, ou Description et iconographie pathologique des altérations morbides, tant liquides que solides, observées dans le corps humain, par le docteur H. Lebert, professeur de clinique médicale à l'Université de Breslau, membre des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie et médicale d'observation de Paris. *Ouvrage complet.* Paris, 1855-1861. 2 vol. in-fol. de texte, et 2 vol. comprenant 200 planches dessinées d'après nature, gravées et la plupart coloriées avec le plus grand soin. 600 fr.

Cet important ouvrage se compose de deux parties.

Après avoir dans une Introduction rapide présenté l'histoire de l'anatomie pathologique depuis le XVIe siècle jusqu'à nos jours, M. Lebert embrasse dans la *première partie* de son livre l'Anatomie pathologique générale. Il passe successivement en revue l'Hyperémie et l'Inflammation, l'Ulcération, la Gangrène, l'Hémorrhagie, l'Atrophie, l'Hypertrophie glandulaire en particulier, les Tumeurs qu'il divise en productions Hypertrophiques, Homœomorphes hétérotopiques, Hétéromorphes et Parasitiques, enfin les Vices congénitaux de conformation. Cette première partie comprend les pages 1 à 426 du tome premier, et les planches 1 à 61.

La *deuxième partie*, sous le nom d'Anatomie pathologique spéciale, traite des lésions considérées dans chaque organe en particulier. M. Lebert étudie successivement dans le livre I (pages 427 à 581 et planches 62 à 78) les maladies du Cœur et des Artères, les altérations des Veines, des Vaisseaux et des Glandes lymphatiques; dans le livre II, les maladies du Larynx et de la Trachée, des Bronches, de la Plèvre, de la Glande thyroïde et du Thymus (pages 532 à 733 et planches 79 à 94). Telles sont les matières traitées dans le Ier volume du texte et les lésions figurées dans le tome Ier de l'atlas.

Avec le tome II, commence le livre III, qui comprend (pages 1 à 132 et planches 95 à 104) les Maladies du système nerveux, de l'Encéphale et de ses membranes, de la Moelle épinière et de ses enveloppes, des Nerfs, etc.

Le Livre IV (pages 133 à 327 et planches 105 à 135) est consacré aux Maladies du tube digestif et de ses annexes (maladies du Foie et de la Rate, du Pancréas, du Péritoine, altérations qui frappent le Tissu cellulaire rétro-péritonéal, Hémorrhoïdes,.

Le livre V (pages 328 à 381 et planches 135 à 142) traite des maladies des Voies urinaires (maladies des Reins, des Capsules surrénales, Altérations de la Vessie, Altérations de l'Urèthre).

Le Livre VI (pages 382 à 484 et planches 143 à 164, sous le titre de Maladies des organes génitaux, comprend deux sections: 1° Altérations anatomiques des organes génitaux de l'homme (Altérations du pénis et du scrotum, Maladies de la prostate, Maladies des glandes de Méry et des vésicules Séminales, Altérations du Testicule et de ses enveloppes); 2° Maladies des organes génitaux de la femme (maladies de la vulve et du vagin, etc.).

Le Livre VII (pages 485 et suiv. et planches 165 à 182) traite des Maladies des os et des articulations.

Le Livre VIII (texte fin du tome II et planches 183 à 200), maladies de la Peau, Morve, etc.

Les planches de chaque livraison, avec leur explication, se rapportent toujours exactement aux questions étudiées dans le texte correspondant, complété par le détail des observations qui ont fourni les pièces représentées sur les dessins. L'œuvre de M. Lebert acquiert ainsi une grande utilité pratique. Nous croyons que cela suffit pour prouver que l'ouvrage n'a pas été conçu sous le point de vue exclusif de la micrographie. Pour M. Lebert, le microscope n'est pas l'*ultima ratio* de l'anatomie pathologique; c'est un moyen de plus ajouté aux autres, et son rôle ne commence qu'après l'observation exacte des symptômes et l'étude rigoureuse de tous les caractères visibles à l'œil nu. Au surplus, nous croyons inutile d'insister plus longtemps sur la manière de voir de l'auteur dont le but constant a été l'union de la clinique et de l'anatomie pathologique, ainsi que leur application au perfectionnement de la thérapeutique.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES

PAR

F.-L.-I. VALLEIX, 1807-1855

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,

Membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique de Paris, de la Société médicale des hôpitaux, etc.

QUATRIÈME ÉDITION.

REVUE, AUGMENTÉE, ET CONTENANT LE RÉSUMÉ DES TRAVAUX LES PLUS RÉCENTS,
PAR MM. LES DOCTEURS

V.-A. RACLE
Médecin des hôpitaux de Paris,
ex-chef de clinique médicale de la Faculté de médecine.

P. LORAIN
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris,
médecin des hôpitaux.

TOME CINQUIÈME

Maladies des femmes. — Maladies du tissu cellulaire, de l'appareil locomoteur et des organes des sens. — Intoxications.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES
Hippolyte Baillière, 219, Regent street.

NEW-YORK
H. et Ch. Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1861



GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

LIVRE DIXIÈME.

Maladies des femmes.

Voici la division que nous adopterons dans cette section. 1° Nous étudierons les *maladies de la vulve ;* 2° les *affections du vagin ;* 3° nous ferons ensuite l'histoire de la *leucorrhée*, dont le siége ne saurait être exclusivement placé ni dans le vagin ni dans l'utérus, et qui nous servira de transition entre les maladies de ces organes. 4° Viendront après les *maladies de l'utérus, des ligaments larges et des tissus environnants ;* 5° puis celles des *ovaires ;* 6° enfin, les *abcès de la fosse iliaque*, affection dont les rapports avec certaines lésions des organes génitaux ont à peine besoin d'être mentionnés.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DE LA VULVE.

Bien que les maladies de la vulve soient accessibles à l'exploration directe, on peut dire qu'elles sont plus imparfaitement connues que beaucoup de maladies internes ; ce qui tient sans aucun doute à la négligence avec laquelle on les a étudiées. Nous ne nous occuperons que de la *vulvite simple*, de la *vulvite folliculeuse*, de la *folliculite vulvaire*, de la *vulvite pseudo-membraneuse*, de la *gangrène*, de la *névralgie* et du *prurit de la vulve*. Ces affections sont, en effet, les seules qui doivent trouver place dans le cadre que nous nous sommes tracé.

ARTICLE Ier.

VULVITE SIMPLE.

On ne trouve nulle part une description de la vulvite simple. Cela tient à ce que l'on n'a guère considéré cette maladie que comme faisant partie de la *blennorrhagie*. Il est certain que c'est à la suite de cette affection spéciale qu'elle se montre le plus fréquemment ; cependant il *n'est pas douteux* que l'inflammation de la vulve ne *puisse aussi se produire en dehors de toute cause* vénérienne ; et, n'y

[redacted]

eût-il que la vulvite que l'on observe chez les enfants, le fait serait parfaitemei prouvé. Il importe donc d'en dire quelques mots.

Causes. — C'est, comme nous l'avons dit, *chez les petites filles* que se mont particulièrement la vulvite dont il s'agit. Cependant, ainsi que l'ont fait remarqu les auteurs qui se sont occupés particulièrement des maladies des enfants, il n'e pas commun de voir la maladie se développer spontanément chez des sujets parfa tement sains. Elle se produit ordinairement chez des enfants *détériorés par d maladies antérieures, lymphatiques, scrofuleux.* Il est fort rare de la voir app raître de cette manière après les premières années de la vie.

Que les sujets soient sains ou dans un état valétudinaire, il faut ordinaireme une cause excitante pour produire la maladie. C'est souvent la *malpropreté* ch les enfants; et, dans toutes les conditions, ce sont les *diverses excitations* de vulve, parmi lesquelles il faut placer en première ligne la *masturbation* et l violences exercées *par des hommes* sur des filles très jeunes. Nous avons vu, e parlant des *oxyures* du rectum, que ces petits vers peuvent occasionner un pru très désagréable, non-seulement de l'anus, mais encore de la vulve, soit qu'ils portent dans cette dernière partie, soit qu'ils restent dans le rectum. Il en résul que les petites filles portent sans cesse leur main à la vulve, qu'elles irritent cet partie par des frottements répétés, et de là une inflammation plus ou moins vive

On observe assez fréquemment un écoulement abondant de la vulve chez l filles nouvellement nées. Ce qui paraît particulièrement produire cet écouleme qui s'accompagne assez souvent de tuméfaction et de rougeur, ce sont les ma nœuvres de l'accouchement, et peut-être le contact des matières sécrétées par vagin de la mère. Le fait est surtout évident lorsque les enfants se sont présent par le siége.

[Les *excès de coït* ou seulement la *défloration* peuvent être cause de l'inflamma tion de la vulve chez les femmes adultes. « J'ai plusieurs fois observé, dit M. L bert (1), chez des jeunes femmes récemment mariées, une vulvite très inten lorsqu'il y avait disproportion des organes ginitaux ou régidité de l'hymen, ou en abus du coït. » Il est d'autant plus important de signaler l'action de ces causes q l'on pourrait, bien à tort, attribuer les accidents à la contagion blennorrhagiqu

Symptômes. — 1° *Vulvite simple aiguë.* — Rien n'est plus simple que les sy ptômes de la vulvite simple aiguë. Un sentiment de *chaleur*, avec *cuisson* plus moins vive et *tuméfaction* plus ou moins considérable de la vulve qui offre qu quefois un aspect fongueux, et bientôt après un écoulement d'abord limpide, p épais, blanc ou jaunâtre, d'une abondance variable, voilà ce que l'on observe da tous les cas. Le contact de l'urine augmente la douleur lorsque l'inflammation un peu vive, et dans le même cas, *la marche est difficile* ou presque impossib On voit, au reste, que, sous ce rapport, il n'y a pas de différence essentielle en la vulvite simple et la blennorrhagie.

Cette inflammation peut-elle se communiquer par le contact ? C'est ce que p sent plusieurs auteurs, mais ce qui n'est pas démontré.

Cette affection ne détermine pas par elle-même de *symptômes généraux;* c un mal purement local.

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale.* Paris, 1860, t. II, p. 416.

lvite simple chronique. — C'est sous cette forme qu'elle se présente sou-
z les enfants profondément débilités. Elle succède à la précédente lorsque
ations continuelles l'ont entretenue pendant longtemps. Elle ne diffère de
e aiguë que par l'absence complète ou presque complète de la douleur,
méfaction, et parfois de la rougeur. L'écoulement qu'elle produit est aussi
pais dans les cas ordinaires.

he, durée, terminaison. — La *marche* de la maladie est très aiguë lors-
violence brusque a été exercée sur la vulve. S'il s'agit d'une excitation
comme la masturbation, ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les
mes prennent un assez haut degré d'intensité. Nous avons vu plus haut que
e simple, qui survient secondairement chez les sujets maladifs, a ordinaire-
ne marche chronique.

urée de cette affection est par conséquent très variable. Suivant M. Durand-
cette affection, lorsqu'elle est due à une violence brutale, se fait remarquer
promptitude avec laquelle elle se guérit. Le fait doit être admis d'une ma-
générale ; cependant nous avons vu à l'hôpital de Lourcine un certain
e de petites filles qui avaient subi de semblables violences, sans que rien pût
enser qu'il y avait contagion, et chez lesquelles l'écoulement se prolongeait
up, et résistait aux moyens qui, d'après tous les auteurs, en triomphent
ent. Peut-être, malgré la surveillance, la masturbation entretenait-elle le
e qu'il y a de certain, néanmoins, c'est que la vulvite aiguë peut, dans quel-
s, durer, avec tous ses caractères, un et deux mois sans qu'il soit possible
ouvrir la cause de cette durée insolite.

vulvite aiguë a une *terminaison* promptement favorable dans la grande ma-
des cas. On vient de voir qu'il y a des exceptions à cette règle. La vulvite
que, et surtout celle qui est la conséquence d'une débilitation considérable,
ent de la tendance à se perpétuer, bien qu'on éloigne la cause occasion-
qui a pu la produire, et que l'on emploie les moyens reconnus pour les plus
es.

gnostic. — Il est évident que le diagnostic de l'inflammation de la vulve,
léré d'une manière générale, ne peut présenter aucune difficulté. Pour la
e aiguë, la rougeur, la tuméfaction, la douleur et l'écoulement forment un
ble de symptômes qui ne peut se rapporter qu'à cette maladie ; et pour la
e chronique, un écoulement avec un certain degré d'irritation, bornés à la
, sont des caractères suffisants.

'est qu'un seul point sur lequel il soit nécessaire de dire quelques mots ; mais
nt a une grande importance et présente de grandes difficultés. Est-il possible
cider, d'après les symptômes et la marche de la maladie, si la vulvite due à
violence extérieure, la vulvite *traumatique*, suivant l'expression de M. Durand-
i, peut être distinguée de la *vulvite spontanée ?* C'est principalement chez
nes filles qui n'ont pas atteint l'âge de quinze ans, que l'on est appelé à se
ncer sur la nature de l'affection, parce que la disproportion des organes rend
elles les résultats de la violence beaucoup plus graves, et qu'il en résulte une
te ordinairement intense. Les cas de ce *genre ne se présentent* que trop fré-
ment à l'*observation, et les médecins légistes* savent combien leur mission
t délicate en pareil cas.

M. Durand-Fardel (1) s'est attaché plus qu'aucun autre auteur à résoudre cet question importante, et voici un résnmé de ce qu'il dit à ce sujet. D'après ses o servations : 1° La vulvite due à la violence est bornée à la vulve et au méat ou a canal de l'urèthre, tandis qu'il est extrêmement rare que l'on observe cette circo scription dans la vulvite spontanée. 2° La vulvite traumatique présente une rouge plus vive de la muqueuse, et un état d'éréthisme des petites lèvres plus marqué qu dans la vulvite spontanée, qui est ordinairement chronique, ainsi que nous l'avo vu plus haut, et sous la dépendance d'une détérioration plus ou moins marquée l'organisme. 3° La première cède à des moyens très simples avec beaucoup pl de facilité et de promptitude que la seconde à des moyens plus actifs. 4° Enf le début récent de l'affection, rapproché d'autres circonstances, peut mettre sur voie du diagnostic.

Les signes distinctifs donnés par M. Durand-Fardel, auxquels il sera bon d'y joindre d'autres tirés d'un interrogatoire attentif sur les diverses causes précéde ment indiquées, ont une valeur réelle, et assurément il n'est pas de médecin légi qui n'en tienne un grand compte. Néanmoins, et l'auteur que nous citons le reco naît lui-même, ce ne sont pas là des certitudes, et, à moins que d'autres obse vations ne viennent jeter un nouveau jour sur cette question obscure, une enquê rigoureuse sur ce qui s'est passé sera toujours nécessaire pour permettre de port un diagnostic précis qui, du reste, sous le rapport pratique, n'a pas une au grande importance.

Pronostic.—L'affection dont il s'agit est très peu grave lorsqu'elle survient à suite d'une violence extérieure, d'une excitation quelconque, chez un sujet bie portant. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque, soit sous l'influence de c causes, soit spontanément, la vulvite se manifeste chez des enfants débilités par d maladies antérieures ou actuellement malades, l'affection est plus sérieuse, d'abo parce qu'il est beaucoup plus difficile d'en triompher, et ensuite parce que l'éco lement continuel qui en résulte contribue encore à augmenter la débilitation occasionne des troubles digestifs.

Traitement. — Le traitement de la *vulvite simple aiguë* ne présente rien particulier. Disons seulement que cette affection cède ordinairement beaucoup p promptement que la vulvite blennorrhagique aux *simples émollients*, et dans cas les plus graves aux *lotions légèrement astringentes.* Dans quelques cas né moins, il faut recourir aux *lotions cathérétiques*, et, comme nous l'avons dit haut, ces cas peuvent être assez rebelles. Ainsi on aura recours à la *cautérisa* légère avec le nitrate d'argent, et aux *lotions* avec une faible solution de cette s stance, à peu près comme dans la vulvite chronique.

La *vulvite chronique*, et surtout celle qui est sous la dépendance d'une dét tation marquée de l'organisme, d'un état lymphatique, scrofuleux, exige quel autres moyens. Ainsi, localement, on aura recours tout d'abord aux *lotions tringentes* ou *cathérétiques* (*nitrate d'argent* dissous dans l'eau, à la dose de O à 0,10 gram., par 60 grammes de liquide) ; puis, s'il s'agit d'un appauvrisse du sang résultant d'une convalescence difficile, de la misère, etc., on prescri

(1) *Mémoire sur la blenn. chez la femme, etc.* (*Journal des connaiss. méd.-chirurgical juillet 1840*).

les *analeptiques*, comme dans la blennorrhée qui se montre dans les
nditions ; et si le sujet est scrofuleux, on aura recours aux moyens indi-
ticle *Scrofules* (1).
prendra facilement pourquoi nous passons si rapidement sur cette mala-
histoire demande de nouvelles recherches.

ARTICLE II.

VULVITE FOLLICULEUSE.

§ I. — Définition.

raaf (2) avait indiqué la possibilité de l'inflammation isolée des follicules
rent l'entrée du vagin, lorsqu'un certain nombre de cas qui se sont pré-
M. A. Robert (3) ont permis à ce chirurgien de tracer une histoire détail-
tte affection. Voici ce qui résulte de ses recherches.

§ II. — Causes.

presque toujours à la suite d'une *blennorrhagie* que se manifeste l'inflam-
des follicules muqueux de la vulve, du moins c'est dans ces circonstances
. Robert l'a observée ; mais on conçoit que *toute autre inflammation* puisse
r ces lacunes, et donner lieu aux symptômes qui vont être décrits. M. Ro-
cité deux faits dans lesquels on voit l'inflammation survenir après la *gros-*

§ III. — Symptômes.

inflammation des autres parties, soit de la vulve, soit du vagin, est dissipée ou
considérablement amendée lorsque celle des follicules se fait remarquer par les
s qui lui sont propres. M. Robert explique facilement la persistance de cette
ière par la disposition des parties enflammées. On comprend, en effet, sans
e, que ces cavités à orifice étroit présentent une inflammation plus rebelle que
autres points de la muqueuse, puisque les moyens dirigés contre elle atteignent
cilement le siége du mal.
es malades éprouvent, dans le point occupé par l'inflammation, un *prurit* par-
insupportable, ou bien des *élancements douloureux*, ou enfin l'un et l'autre de
symptômes. C'est surtout pendant la marche qu'ils se font sentir.
Il y a toujours de l'*écoulement*. La *matière* de cet écoulement est peu abon-
nte; blanche et opaline lorsque la maladie est ancienne ; jaunâtre, épaisse, puri-
me lorsque la maladie est récente. Dans quelques cas, l'écoulement est plus
ndant. Cela tient à la dilatation de la cavité folliculeuse qui augmente la surface
rétante. L'écoulement n'est pas continu, du moins dans la très grande majo-
é des cas. A des intervalles variables, une, deux fois ou plus par jour, la matière

(1) Voyez les articles *Scrofules* et *Carreau*, t. I et IV.
(2) *De mulier. organ. generat. inserv.*
(3) *Mémoire sur l'influence des follicules muqueux de la vulve* (*Arch. gén. de méd.*, *série, 1841, t. XI, p. 393*).

s'échappe en plus ou moins grande abondance, ce qui s'explique facilement par l'étroitesse de l'orifice, qui détermine l'accumulation du liquide dans la cavité du follicule, de telle sorte que celui-ci n'est évacué que lorsque la distension de cette cavité est parvenue à sa dernière limite. Dans les deux cas survenus après la grossesse, c'était pendant la nuit que se vidaient les petites tumeurs, et Swediaur a cité un cas de prétendues pollutions nocturnes fréquentes chez une femme, que M. Robert est porté à rapprocher des faits précédents, ainsi que celui qu'il a observé lui-même. L'évacuation du pus contenu dans un ou plusieurs follicules aurait, dans ces cas, simulé les pollutions spermatiques de l'homme.

Quelquefois il est nécessaire d'exercer une pression sur les tumeurs pour les vider. M. Robert a cité des exemples de ce genre. Les femmes, prévenues par la douleur, cherchaient elles-mêmes à se soulager en pressant sur la poche purulente pour en faire sortir le liquide.

L'*examen* attentif de l'orifice du vagin fait voir, dans le sillon qui limite en dehors les caroncules myrtiformes, une ou plusieurs ouvertures très petites, arrondies, grisâtres, entourées d'une aréole rouge, contrastant avec la couleur rosée des parties voisines. Parfois ces aréoles se confondent et forment ainsi une zone d'un rouge vif, plus ou moins étendue autour de l'entrée du vagin et de celle de l'urèthre. Ces petites ouvertures sont situées sur de petites élévations dont le volume varie suivant que les follicules sont plus ou moins distendus par le pus. Quelques-unes sont parfois assez saillantes, ce qui est dû à la fois à la distension de la cavité et à l'hypertrophie des parois. C'est surtout pendant et après la grossesse que M. Robert a vu les saillies du plus gros volume.

Mais c'est *en explorant les points malades à l'aide d'un stylet d'Anel* qu'on obtient le signe le plus important. Ce stylet pénètre, en effet, à une assez grande profondeur par l'orifice indiqué plus haut. C'est ainsi que, dans plusieurs cas, M. Robert a pu le faire pénétrer jusqu'à une profondeur de cinq à six lignes.

Enfin, *lorsqu'on presse les follicules*, on voit s'écouler au dehors une quantité variable de matière ayant l'aspect indiqué plus haut, ce qui achève de caractériser la maladie.

L'affection est purement locale; aussi n'observe-t-on pas d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être indiqués. Les malades sont souvent irritées par la persistance de leur maladie, par la douleur qu'elles éprouvent; mais la santé générale n'en est pas altérée, à moins de complications.

M. Robert a remarqué que, dans presque tous les cas, on trouve des ulcérations, des érosions, des granulations de l'utérus; mais il est évident que ces lésions, qui sont dues, comme l'inflammation des follicules, à la maladie primitive, la blennorrhagie, n'ont pas d'autre rapport avec la vulvite folliculeuse.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

L'inflammation des follicules se produit très rapidement dans le cours de la blennorrhagie; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle est peu intense, ne pénètre probablement pas à une grande profondeur, et se dissipe avec l'inflammation des autres parties des organes génitaux. Dans les circonstances opposées, l'inflam-

te, elle reste stationnaire, et la maladie dont nous nous occupons est

de cette maladie est illimitée; les sujets ne réclament ordinairement après avoir souffert pendant longtemps. M. Robert a traité des ma- étaient affectées depuis quinze mois.

faits connus, la *vulvite folliculeuse*, lorsqu'elle est parvenue au de- igit, n'a plus aucune tendance à se *terminer* spontanément; les folli- remplissent bientôt de nouveau pus ou muco-pus, et ainsi de suite, élioration qu'une diminution progressive dans la consistance et la cou- l'écoulement.

§ V. — Diagnostic.

indiqués plus haut sont trop précis pour que le diagnostic présente ifficulté. Cependant il est une affection analogue sur laquelle M. Vidal 1) a spécialement fixé l'attention des chirurgiens : c'est un abcès des des petites lèvres qui s'ouvre spontanément, et dont l'orifice devient s choses se passent dans ces cavités accidentelles comme dans les cavi- dilatées et enflammées qui entourent l'orifice du vagin ; mais, le siége it, il n'y aurait pas lieu de parler de ce diagnostic, si quelques chirur- nt pensé que peut-être l'inflammation, placée par M. Robert dans les est autre chose qu'un de ces abcès signalés par M. Vidal. C'est une e nous ne pouvons pas résoudre d'une manière absolue; cependant que les détails anatomiques fournis par M. Robert sont trop précis puisse supposer que la maladie qu'il a décrite ait son siége ailleurs que cules dont il s'agit. Le mémoire de M. Huguier (2) *sur les maladies e vulvo-vaginale* fournira aussi de bons renseignements sur ce sujet. t, remarquant que le *prurit* de la vulve est parfois très-marqué dans on des follicules, s'est demandé si, dans quelques cas, ce n'est pas à mation même qu'il faut rapporter le prurit observé sans lésions re- qui a été signalé par les auteurs. Il croit qu'on peut, en particulier, cette affection certains cas regardés par Biett comme des *prurigos* de la que aucune éruption ne se montrât, et il est d'autant plus porté à le ans plusieurs observations citées, les moyens dirigés contre ces préten- s ont complétement échoué.

eine nécessaire de dire que cette maladie n'a aucune gravité ; et nous qu'elle a toujours cédé à un traitement approprié.

§ VI. — Traitement.

ment de la vulvite folliculeuse est tout chirurgical. Voici comment il est M. Robert :

rience m'a démontré, dit cet auteur, qu'il ne faut pas compter sur les s extérieures, et que le seul moyen efficace consiste à détruire les organes

Traité de pathologie externe, 5e édit. Paris, 1860, t. V.
ires de l'Académie de médecine. Paris, 1850, t. XV, p. 606 et suiv.

affectés. Un stylet d'Anel, des ciseaux très fins et boutonnés, un crayon de nitrate d'argent sont les objets nécessaires pour cette petite opération.

» La malade étant convenablement placée, on introduit d'abord un stylet d'Anel dans la cavité du follicule qu'on reconnaît à sa direction oblique, à sa position superficielle et à sa profondeur, qui varie entre quatre et huit lignes, puis on en dilate l'entrée en exécutant avec l'instrument de légers mouvements de circumduction. Une des lames des ciseaux étant substituée au stylet, on la fait parvenir avec précaution jusqu'au fond du follicule, et, par un mouvement brusque, on divise la cloison membraneuse et mince qui sépare sa cavité de celle du vagin. La plaie étant tout de suite abstergée, on la cautérise, ainsi que la surface du follicule, avec le crayon de nitrate d'argent.

» Cette opération, quoique douloureuse, ne provoque aucun accident sérieux. Il survient un peu de gonflement inflammatoire, les surfaces cautérisées suppurent et se cicatrisent assez promptement ; mais souvent on voit persister quelques débris du follicule qui ont échappé, soit aux investigations du chirurgien, soit à l'action de l'instrument tranchant et du caustique. Il faut les atteindre et les cautériser plus tard. La guérison ne saurait être complète si le follicule n'est entièrement détruit. »

Telle est cette affection, que nous avons cru devoir présenter avec quelques détails, bien qu'elle appartienne plus particulièrement à la chirurgie qu'à la pathologie interne, parce qu'elle n'est pas très connue ; parce que, si l'attention du médecin n'est pas suffisamment attirée sur elle, il peut, pendant bien longtemps, la laisser persister malgré les incommodités qu'elle cause, et surtout parce que ces follicules malades, s'ils ne sont pas détruits, peuvent être des foyers permanents de contagion. Il est plus que probable, en effet, que dans un assez bon nombre de cas des femmes qui ont communiqué des blennorrhagies ont été regardées comme saines, tandis qu'elles avaient l'affection qui vient d'être décrite, et qui avait passé inaperçue.

Quant à l'hypertrophie des *follicules vulvaires*, et aux *maladies de la glande vulvo-vaginale*, elles rentrent entièrement dans le domaine de la chirurgie, et nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer, à ce sujet, le lecteur au mémoire de M. Huguier, cité plus haut.

ARTICLE III.

FOLLICULITE VULVAIRE.

M. le docteur Huguier (1), qui a étudié avec une attention toute particulière les maladies des organes génitaux externes de la femme, a désigné sous le nom de *folliculite vulvaire* une affection qu'il ne faut pas confondre avec la précédente, car elle ne porte plus sur les follicules muqueux de la vulve, mais bien sur les follicules sébacés et pileux. Cette maladie n'est autre chose que l'inflammation de ces follicules ; elle mérite d'être connue, parce que, comme le fait remarquer

(1) *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1850, t. XV, p. 527).

Huguier, si l'on ne sait pas bien la distinguer, on risque de la confondre avec syphilis.

Les femmes brunes, rousses, lymphatiques, scrofuleuses, sont les plus sujettes cette maladie, qui se montre tout particulièrement pendant la *grossesse*.

Parmi les causes occasionnelles, nous trouvons les *grandes fatigues*, la *malpropreté*, les *pediculi pubis* qui produisent la maladie par les frottements qu'ils provoquent. Il faut aussi noter tout ce qui irrite la vulve : ainsi les frictions avec pommades irritantes et les diverses éruptions dont cette partie peut être le siège.

M. Huguier décrit trois périodes dans les *symptômes*. *Dans la première*, il y a prurit, un peu de *tuméfaction*, *rougeur* légère, *petites élevures* d'un rouge plus disséminées, nombreuses, arrondies ou étoilées, pénétrant dans l'épaisseur de peau, où l'on sent leur résistance, rendant les surfaces rugueuses et occupant follicules sébacés ou les bulbes pilifères. Elles ne sont douloureuses que quand les irrite par des frottements, ou lorsqu'il y a une agglomération de follicules enflammés, et dans ce dernier cas, la douleur ne se manifeste que quand on touche partie malade.

Il y a en même temps une *augmentation de sécrétion* et une odeur forte du fluide sécrété.

Dans la *seconde période*, les follicules suppurent, augmentent de volume, et forment des boutons plus rouges à la base qu'à la pointe. Un peu plus tard, le sommet blanchit, et le bouton folliculeux prend l'aspect d'une pustule.

La chaleur, la démangeaison, la douleur augmentent. Ordinairement, les pustules sont déchirées par les ongles ou par des frottements; le pus s'écoule au dehors, et le follicule présente une petite ouverture de 1 à 2 millimètres.

Chez les femmes qui n'ont pas une grande propreté, la vulve a, dans ce moment, un aspect repoussant. On y voit les poils collés par une matière poisseuse, grisâtre, un mélange de croûtes, de matière purulente, de débris de l'épiderme et de papilles érigées, des excoriations, un écoulement de pus qui peut être assez abondant pour aller jusque sur les cuisses; et enfin ces parties exhalent l'odeur la plus fétide.

Dans la *troisième période*, à laquelle M. Huguier donne le nom de période de déclin ou de *dessiccation*, la muqueuse et la peau pâlissent; il n'y a plus qu'une simple démangeaison, les follicules s'affaissent, il se forme de petites croûtes; quelquefois la matière purulente se concrète dans les follicules et y entretient une inflammation subaiguë, qui parfois reprend de l'acuité; d'autres fois les follicules se vident, l'inflammation tombe; enfin les excoriations et les ulcérations se cicatrisent. Souvent cette affection se complique d'*érythème*, d'*ecthyma*, et plus rarement d'*œdème*, d'*herpès*, d'*érysipèle*, d'*abcès des nymphes*. Il existe assez fréquemment de la *leucorrhée* ou une *blennorrhagie syphilitique*.

En exposant les symptômes dans leur ordre d'apparition, nous avons tracé la *marche* de la maladie. Sa durée est très variable, suivant les soins hygiéniques que prennent les malades. C'est principalement la *durée* de la *deuxième période* qui peut être prolongée par le défaut de soins et de propreté. Quant à la *terminaison* elle n'est jamais fâcheuse.

Dans le diagnostic, on doit éviter de confondre cette affection avec d'autre

[redacted]

affections cutanées, et principalement avec les maladies syphilitiques. L'*herpès* s'en distingue par ses vésicules ; l'*ecthyma*, par la largeur de ses pustules, par leur position plus superficielle, et aussi par l'existence de pustules semblables sur d'autres parties du corps.

Les *symptômes syphilitiques* se distinguent en ce qu'il est fort rare qu'ils soient bornés à la vulve, en ce que les ulcérations sont plus profondes et les tubercules plus étendus, enfin en ce qu'ils donnent souvent lieu à d'autres signes dans d'autres parties du corps. Malgré ces différences, M. Huguier reconnaît qu'il est des cas où la difficulté est extrême.

Le *traitement* est fort simple. On commence par rechercher si la maladie est produite par une irritation quelconque, qu'on fait promptement cesser.

Puis on recommande les soins de propreté : on fait laver fréquemment les parties avec des *décoctions adoucissantes* tièdes ou presque froides ; ou bien avec des décoctions légèrement *narcotiques*, comme les *décoctions de têtes de pavot*, *de laitue*, etc. On prescrit des *bains de siége* simples ou émollients. On fait oindre les parties avec du *beurre de cacao*, de l'*huile d'amandes douces*, etc.

Ces moyens, joints à un régime doux et au repos, triomphent ordinairement de la maladie. Quelquefois il faut y ajouter quelques *lotions astringentes* (*décoctions de ratanhia*, de *roses de Provins*, etc.).

Enfin, quand la maladie est plus opiniâtre, on *cautérise* légèrement les parties, soit avec une solution légère de *nitrate d'argent*, soit avec une solution étendue de *nitrate acide de mercure*, soit en promenant légèrement le *crayon de nitrate d'argent* sur les excoriations.

ARTICLE IV.

VULVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

Nous n'avons pas de renseignements très précis sur cette affection, qui n'a guère été étudiée que subsidiairement dans des articles consacrés à la diphthérite. M. Bretonneau l'a mentionnée et en a cité des exemples. Elle ne se montre guère que dans des cas où la diphthérite a envahi d'autres points du corps, et en particulier la bouche. On peut donc la considérer comme une affection secondaire.

C'est presque toujours dans des épidémies de *stomatite pseudo-membraneuse* qu'on observe la diphthérite vulvaire. Elle affecte les *enfants*, et, lorsqu'elle se montre, on trouve souvent des pseudo-membranes dans plusieurs autres parties du corps, comme les oreilles, le nez, les surfaces des vésicatoires.

Il est rare qu'elle s'étende au delà de la vulve ; cependant elle peut occuper l'urèthre et le vagin. « Je n'ai pas connaissance, dit M. Velpeau, qu'elle ait jamais pénétré jusque dans le col de l'utérus, ni que de la vulve elle ait gagné le rectum. »

Les symptômes sont la *douleur*, une *tuméfaction* qui n'est pas ordinairement considérable, l'apparition d'une pseudo-membrane semblable à celle qui envahit la bouche (1), et l'écoulement d'une matière sanieuse. « Arrivée à l'urèthre, dit

(1) *Voyez article Stomatite pseudo-membraneuse*, t. III, p. 474.

[redacted]

re M. Velpeau, *elle pourrait* amener une *ischurie* véritable, et doit au moins r des cuissons, des douleurs vives au moment de l'émission de l'urine. »
s *symptômes généraux* sont les mêmes que ceux de la stomatite pseudo-braneuse, sous la dépendance de laquelle ils se développent ordinairement.
pourrait confondre la vulvite pseudo-membraneuse avec la *vulvite gangré-*
La manière dont se forme la pseudo-membrane, qui d'abord présente des 'un blanc grisâtre s'étendant rapidement, la disproportion qui existe entre la apparente du mal et la tuméfaction des parties, et plus encore la chute de ux pseudo-membraneux, promptement remplacés par de nouvelles couches, t à fixer le *diagnostic.* Sous les autres rapports, cette affection ne nous offre i diffère de ce que nous avons déjà fait connaître à propos de la diphthérite e.
itement. — Les moyens mis en usage sont ceux qui ont été indiqués dans e consacré à la stomatite pseudo-membraneuse. On peut en juger par le pas-ivant de l'article de M. Velpeau (1), qui résume ce qui a été fait en pa-:
s plus, dit-il, que pour la diphthérite en général, les émissions sanguines, me affaiblissant, les topiques émollients ne conviennent ici. C'est en tou-es surfaces couenneuses avec de l'*alun en poudre*, avec une *forte solution iême substance*, avec le *nitrate d'argent* en solution, ou même en nature, *icide hydrochlorique* plus ou moins étendu de miel, ou encore avec les *'es de sodium* ou de *calcium*, qu'on débarrasse promptement les malades. *e*, une fois l'inflammation folliculaire arrêtée par l'effet de ces puissants , on leur substitue avec avantage des *lotions émollientes* ou *détersives* et *ns de siége.* »
nd nous traiterons des maladies du vagin, nous nous occuperons d'une autre l'inflammation pseudo-membraneuse qui n'a encore été décrite que par Scanzoni, et nous indiquerons la thèse intéressante de M. Chavanne.]

ARTICLE V.

VULVITE GANGRÉNEUSE.

ngrène de la vulve est à peu près dans le même cas que l'affection précé-'est-à-dire qu'elle n'a pas été étudiée d'une manière spéciale. MM. Barthez t (2) se contentent d'en dire quelques mots dans leur article sur la *gan-e la peau disséminée* ou *diffuse*. Le docteur Richter (3) en a également ns un mémoire consacré aux diverses espèces de gangrène qui se montrent enfants. Mais il n'a présenté que quelques considérations se rapportant ement à la gangrène de la vulve.
es. — La gangrène de la vulve peut-elle se développer spontanément chez non détérioré par des maladies antérieures ou actuellement existantes? la première question qu'il importe de poser. Nous n'avons malheureuse-

ctionnaire de médecine, t. XXX, p. 990.
'aité des maladies des enfants, 2ᵉ *édit. Paris*, 1853, t. II, p. 442.
ır la gangrène des enfants, etc., dans le journal l'*Expérience*, t. II, 1838.

[redacted]

ment pas de documents positifs propres à la résoudre : suivant M. Richter, l ne serait pas douteux ; mais cet auteur se contente d'affirmer ce qu'il aurait démontrer par des exemples. MM. Barthez et Rilliet n'ont jamais vu de faits genre, et nous n'en n'avons pas trouvé dans les autres auteurs qui se sont oc des maladies de l'enfance.

Quoi qu'il en soit, c'est, du moins dans l'immense majorité des cas, chez de fants faibles, détériorés, actuellement malades, que se montre cette gangrène affections dans lesquelles on la voit apparaître sont les *fièvres éruptives :* va scarlatine, rougeole, surtout aux époques d'épidémie ; la *fièvre typhoïde ;* pl autres maladies caractérisées par un mouvement fébrile intense.

La gangrène de la vulve peut se montrer à toutes les époques de l'enfance ; suivant M. Richter, c'est de la deuxième à la troisième année, et de la sixi la dixième, qu'elle se manifeste principalement. Ces assertions auraient besoin confirmées par de nouveaux faits.

Une *constitution* faible, le *tempérament lymphatique*, une *alimentation* vaise et insuffisante, une *habitation* froide, humide, mal aérée, ont enco citées comme causes de la maladie. Rien n'est plus admissible ; mais il à désirer que des faits nombreux et bien analysées vinssent lever tous les d à cet égard.

Enfin, comme *causes occasionnelles*, on a signalé le *défaut de propreté* soins de toute espèce.

Symptômes. — Il serait impossible de trouver une description des sympt plus détaillée que celle qu'a présentée M. Richter. Nous emprunterons don médecin le passage suivant :

« Lorsqu'à la suite d'autres maladies, l'enfant est tombé dans un affaibliss général, il se trouve pris, après un temps plus ou moins long, d'*abattemen* *céphalalgie*, de *nausées*, d'*anorexie*, et, dans les cas où les enfants sont constitution très délicate, même d'un léger *mouvement fébrile*. Ces accidents bientôt suivis d'une *douleur brûlante* aux parties génitales et de l'apparition face interne des grandes lèvres et aux nymphes, d'une *tache* circonscrite et couleur rouge pâle, ainsi que de la formation d'un *engorgement* très du envahit toutes les parties voisines, jusqu'au mont de Vénus. L'*écoulemen* *urines* devient douloureux, et la douleur continuelle qui en résulte exci malades à se gratter, et quelquefois celles d'entre elles qui sont plus âgées livrer à la masturbation.

» Après deux ou trois jours, les parois internes des grandes lèvres et les environnants prennent une *teinte grise*, *cendrée ;* ces taches sont circonscri limitées par un *cercle rouge ;* toutes les parties voisines se tuméfient, devie d'un rouge pâle, et leur température s'élève de plus en plus.

» Dans les cas où l'on ne parvient pas à enrayer la marche de la malad *couleur grise des taches se change en noir*, et la gangrène s'étend d'un c périnée et à l'anus, et de l'autre jusqu'à la commissure supérieure de la L'excrétion de l'urine devient de plus en plus difficile, ou *se supprime* entièrement.

» Le *pouls* est petit et fréquent ; les traits de la *face* se rétrécissent, la *dia* *colliquative* se manifeste, et les enfants *succombent subitement* après que

d'épuisement a atteint son plus haut degré, et souvent *sans qu'aucun trouble survienne dans les fonctions intellectuelles.*

» Il s'établit quelquefois une sécrétion d'une *sanie putride* et *fétide* qui couvre les parties voisines; dans d'autres cas, l'*eschare se durcit* et est arrachée par lambeaux par les malades.

» Mais quand on réussit à arrêter la destruction, comme j'ai eu l'occasion de l'observer, il se forme sur le cercle rouge une ligne de démarcation, l'inflammation augmente tout autour d'elle, l'eschare se rétrécit, et sa *séparation* s'opère à l'aide de la sécrétion d'un *pus* qui devient de plus en plus louable.

» Cette élimination terminée, la vulve qui, tout à l'heure encore, était gonflée et tendue, présente une *excavation* en forme d'entonnoir, correspondante à la perte de substance qui a lieu par la destruction de la paroi interne des grandes lèvres, des nymphes, et même de l'orifice du vagin.

» Au fur et à mesure cependant que les portions sphacelées se détachent, la tuméfaction s'affaisse, et l'excavation perd dans la même proportion, en étendue et en profondeur. C'est alors qu'on observe avec étonnement la rapidité avec laquelle les tissus détruits sont *complétement remplacés*, en partie par la granulation, et en partie par la contraction des tissus environnants.

» La *cicatrisation* marche rapidement et sans qu'il y ait difformité considérable. Je n'ai jamais vu l'adhérence des parois du vagin entre elles être la suite de cette affection, bien que l'hymen fût détruit; cet accident ne doit pourtant pas être impossible. Underwood dit avoir vu chez des filles plus âgées une *blennorrhagie* copieuse qui persista longtemps. »

Il est probable, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, que maintes fois la *vulvite pseudo-membraneuse*, précédemment décrite, a été prise pour une véritable gangrène; mais un pareil reproche ne peut être adressé au docteur Richter, car la description qu'on vient de lire ne saurait se rapporter qu'à une gangrène bien caractérisée.

M. Lebert (1) recueillant les quelques faits épars dans la science, trace ainsi qu'il suit le tableau des *lésions anatomiques*, tableau qui ne peut laisser aucun doute sur la nature réellement gangréneuse de l'affection, au moins dans les cas qu'il analyse. « J'ai vu, dit-il, cette affection s'étendre de proche en proche et atteindre peu à peu toute l'épaisseur des grandes lèvres, offrant des caractères mixtes de gangrène sèche et de sphacèle; je l'ai vue marcher vers la terminaison fatale, sans être arrêtée même par la cautérisation au fer rouge; d'autres fois l'eschare peut se détacher, et la guérison survient, mais avec de grandes difformités... Dans un cas cité par MM. Rilliet et Barthez, il s'agit d'une jeune fille de trois ans et demie. Les parties génitales externes avaient été en entier détruites par la gangrène, qui s'étendait en haut jusqu'à un pouce du pubis, en dehors jusqu'aux vaisseaux fémoraux, en bas jusqu'au tiers supérieur de la cuisse droite et au quart de la cuisse gauche, en arrière jusqu'à la lèvre postérieure de l'anus. Toutes les parties gangrenées étaient noires ou brunes, sèches; la mortification avait disséqué les muscles de la cuisse interne, en partie mis à nu, mais non gangrenés; la dissection des muscles s'étendait jusqu'à la branche du pubis encore cartilagineuse.

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, in-folio. Paris, 1860, t. II, p. 419

Tout l'extérieur de la vulve était détruit, mais le vagin épargné. L'anus, dans son pourtour, était gangrené et les deux excavations ischio-rectales contenaient des débris putrilagineux. Les vaisseaux fémoraux, saphènes et honteux externes étaient sains. Dans les observations rapportées par le docteur Isnard, l'anatomie pathologique est analogue à celle de l'observation précédente, seulement la gangrène était plus profonde et humide. Les parties environnantes étaient gorgées de liquide; la mortification avait gagné les muscles et s'étendait dans l'intérieur du vagin et de l'urèthre. »]

Le *diagnostic* peut être résumé de la manière suivante :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes distinctifs de la vulvite gangréneuse et de la vulvite pseudo-membraneuse.

VULVITE GANGRÉNEUSE.	VULVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Taches grises s'étendant rapidement aux tissus environnants; *prenant*, au bout de quelques jours, une *teinte noire*.	*Ilots* pseudo-membraneux; blanchâtres, grisâtres, *ne prenant pas la teinte noire.*
Tuméfaction *considérable; dureté* des tissus envahis.	Tuméfaction peu *considérable; tissus* envahis, *mous* ou peu résistants.
Les tissus sphacélés, lorsqu'ils se détachent, ne *sont pas remplacés par d'autres couches altérées.*	Souvent, chute de lambeaux pseudo-membraneux, *remplacés par d'autres couches.*
La tache gangréneuse *se dessèche parfois.*	Les taches ne se *dessèchent pas.*
Après la chute des eschares, *perte considérable de substance.*	Après la chute des pseudo-membranes, *pas de perte de substance* appréciable.
Cicatrices difformes.	Pas de cicatrices.

Pronostic. — La gravité du pronostic, qui est fort grande, tient moins à la lésion elle-même qu'à la cause qui l'a produite et à l'état général dans lequel se trouve la malade.

Traitement. — La plupart des moyens indiqués à l'article *Stomatite gangréneuse* sont applicables à la gangrène de la vulve. C'est ainsi que l'on a recommandé le *chlorure de chaux* en poudre; la cautérisation avec le *nitrate d'argent*, au début de la maladie; l'emploi de caustiques plus puissants, comme la *potasse*, le *chlorure d'antimoine* : « Mais, dit M. Velpeau, le *fer rouge* est infiniment préférable. C'est le cas où jamais, ajoute-t-il, de ne point tergiverser, de mettre toute autre considération de côté; c'est une question de vie ou de mort pour l'enfant.

» Ainsi donc, avec un cautère rougi à blanc, porté tout autour de la plaque gangrenée, entre le mort et le vif, on brûle tout ce qui se rencontre, de manière à cerner profondément la gangrène. Avec un pareil remède, plus effrayant que douloureux ou dangereux au fond, le mal s'arrête presque constamment et dès le jour même. On n'a plus dès lors à traiter qu'une véritable brûlure, qui, après l'élimination des eschares, se déterge, se modifie, et se cicatrise sous l'influence des topiques appropriés et connus.

» *Les linges* et la charpie imbibés d'acide nitrique étendu, pas plus que les *autres acides, soit minéraux, soit végétaux*, ne doivent être essayés ici, excepté

dans les cas tout à fait légers. Il y a trop de danger à temporiser pour ne pas en venir sur-le-champ au seul remède efficace, au fer rouge.

» Quant à l'espèce de suppuration de la surface de la vulve, qui précède quelquefois la gangrène, et qui, après tout, en est peut-être toujours indépendante, on en triomphe facilement et très vite chez les petites filles, à l'aide d'un des topiques suivants :

℞ Calomel à la vapeur....... 4 gram. | Eau de guimauve......... 120 gram.

Mêlez. Pour lotions.

» Ou bien :

℞ Calomel............. 2 à 4 gram. | Axonge récente........... 30 gram.

Mêlez. Pour onctions. »

Ce traitement ne peut avoir une efficacité que dans les cas où l'état général s'est amendé soit spontanément, soit sous l'influence des moyens thérapeutiques mis en usage. Lorsque, par exemple, la maladie se montre dans le cours d'une fièvre éruptive, d'une fièvre typhoïde, etc., on doit, sans aucun doute, s'occuper activement du mal local qui peut ajouter à la gravité de la maladie générale; mais tant que celle-ci reste en vigueur, on doit redouter les progrès d'une affection dont la cause est toujours persistante.

ARTICLE VI.

NÉVRALGIE DE LA VULVE.

Plusieurs auteurs ont signalé une douleur très vive de la vulve existant sans qu'aucune lésion apparente en rende compte, et, dans ces dernières années, on a attribué cet état douloureux à une névralgie. L'absence de toute lésion, la vivacité des douleurs, leurs paroxysmes, ne permettent pas, en effet, de douter que l'affection ne soit de nature névralgique; mais ce qu'il serait important de savoir, c'est si la vulve seule est affectée, ou si la douleur a sa source plus haut, c'est-à-dire dans les nerfs lombaires, ce qui rejetterait la description de cette maladie dans celle de la *névralgie lombo-abdominale*. Dans le *Traité des névralgies* nous avons cité un fait (obs. 44, p. 459) dans lequel il ne pouvait y avoir aucun doute à ce sujet. Il est fâcheux que les auteurs n'aient pas fixé leur attention sur ce point et ne nous aient pas fourni des documents précis pour résoudre la question.

Ce n'est pas qu'il répugne le moins du monde d'admettre qu'une douleur névralgique puisse être bornée à la vulve; on a vu des névralgies occuper une très petite partie d'une branche nerveuse, être bornées au nerf plantaire par exemple, et l'on conçoit dès lors que les parties génitales externes puissent être exclusivement affectées; mais, dans l'ouvrage que nous venons de citer, nous avons établi, d'après les faits, que les cas de névralgie ainsi bornée à une très petite étendue d'un nerf sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement, ce qui tient, sans aucun doute, à ce que l'on n'a pas fait *remonter l'exploration jusqu'aux* troncs nerveux, en sorte *qu'il se pourrait bien que, dans beaucoup de cas*, on eût pris pour une névralgie

[redacted]

limitée à la vulve une affection de la même nature occupant plusieurs points nerf ilio-scrotal, et même d'autres branches des nerfs lombaires. Voici néanm la description de cette douleur telle qu'elle a été donnée par les princip auteurs.

Causes. — Outre les causes dont l'influence se fait sentir sur la production névralgies en général, on a remarqué que celle dont il s'agit ici se montre pri palement chez les jeunes filles au moment où elles deviennent nubiles, chez jeunes femmes avant le premier accouchement, et chez les femmes qui vien d'atteindre l'âge critique. On a signalé comme pouvant la faire naître dive altérations de l'utérus et de ses annexes, et enfin on a été forcé de convenir dans beaucoup de cas, la maladie s'est produite sans cause appréciable.

Symptômes. — L'affection consiste presque exclusivement dans la *douleur.* C douleur est *spontanée* ou *provoquée.* La première est la moins notable, ou moins elle a trop peu fixé l'attention des auteurs pour qu'ils en aient fait une n tion spéciale; elle consiste en douleurs *lancinantes*, en une *cuisson*, un *sentir de brûlure* paraissant à des intervalles variables, et s'irradiant de la vulve dans directions qui n'ont pas été déterminées, ce qui est fâcheux par les raisons i quées plus haut, puisque ce renseignement aurait servi à préciser le siége, ou pl la source de la maladie.

Il n'en est pas de même de la *douleur provoquée;* elle est ordinairement ex mement vive, et c'est elle qui occasionne particulièrement les plaintes des mala Le *toucher* l'excite au plus haut point. L'introduction de la canule d'une serin produit le même effet, et bien plus encore le *coït*, qui, à un certain degré maladie, est impossible. Comme dans un certain nombre de cas de névralgie il sera question dans un autre article, la douleur est souvent si superficielle, suffit de promener le doigt sur le point affecté, ou même sur les poils qui couv la face externe des grandes lèvres pour causer de vives souffrances. C'est exa ment ce qui avait lieu dans les cas mentionnés plus haut, et où la névralgie sa source dans les nerfs lombaires. Il est bien fâcheux que les auteurs ne aient pas appris si, dans les cas qu'ils ont observés, la douleur occupait les c côtés ou un seul. Ce renseignement eût encore été utile; car on sait que les vralgies ordinaires occupent plus souvent un seul côté que les deux à la fois.

Souvent, la partie affectée ne présente aucune lésion apparente; mais, sui M. Velpeau, il est loin d'être rare de la voir coïncider avec une rougeur lég une teinte rose évidemment pathologique, et s'accompagner d'une légère exsuda blanchâtre du vagin. Quel est le rapport de cause à effet qui existe entre cette lé irritation de la vulve et la douleur si vive dont nous venons de parler? C'est ce est difficile de dire dans l'état actuel de la science. Cependant, si nous nous ra lons ce qui a lieu dans les autres névralgies, il nous est permis de croire qu n'est pas l'irritation qui donne naissance à la douleur nerveuse; mais que cell au contraire, est la cause première de la rougeur et du léger suintement do vient d'être question. Que l'on examine, par exemple, ce qui se passe dans cert cas de *névralgie trifaciale*, on verra que d'abord la douleur se produit sans cune altération des fosses nasales, de la bouche ou des yeux; puis, la névr augmentant d'intensité, l'œil devient rouge et larmoyant, il y a ardeur de la f *nasale du côté malade*, écoulement de mucosités, chaleur de la bouche, l

[redacted]

…pime, et même tuméfaction de la joue; et, ce qui prouve bien que tout cela …sous la dépendance de la douleur nerveuse, c'est que, l'accès passé, toutes ces …tions locales se dissipent immédiatement après la disparition de la douleur. …n conçoit donc facilement que pareille chose puisse se passer du côté de la vulve. …I. de Scanzoni (1) partage cette manière de voir.

Traitement. — C'est encore à M. Velpeau qu'il convient d'emprunter l'exposé …e traitement, qu'il nous a donné en ces termes :

« La névrose ou névralgie de la vulve cède souvent, dit-il, aux mêmes moyens …le *prurit* et l'*eczéma*. Quand elle résiste et que les *antispasmodiques*, ou même …*opiacés* donnés à l'intérieur ont échoué, j'ai retiré de véritables avantages de …*roduction dans le vagin de mèches enduites de corps gras.* Ces mèches, qu'on …de plus en plus volumineuses, qu'on enduit d'abord de *cérat opiacé*, ensuite …*cérat saturné*, puis de *pommade au précipité*, introduites à l'aide du porte-…che ordinaire, doivent être renouvelées deux fois le jour. On leur associe, en …e, des *injections* et des *lotions* d'abord *émollientes* et *narcotiques*, ensuite …*ntes*, et enfin avec le *calomel suspendu dans l'eau*, ou une solution très légère …*ublimé*. Après s'être récriées d'abord avec vivacité contre ce traitement, les …es s'y accoutument bientôt, si le chirurgien ne se laisse pas arrêter par leur …ur préconçue. La sensibilité de toutes les parties ne tarde pas alors à se mo-…er, à s'éteindre même, à rendre possibles les approches conjugales. On modi-…it encore cette sensibilité excessive en touchant les parties qui en sont le siége …c le *crayon d'azotate d'argent*, ou bien en les lotionnant avec une *solution un …forte de la même substance*; mais ce moyen, pouvant amener une inflammation …z vive, ne doit être employé qu'à la fin. »

Le principal moyen conseillé par M. Velpeau ne saurait convenir dans les cas …la membrane hymen est encore intacte. Or, si nous avons égard à ce qui se …dans les cas de dermalgie ordinaires, nous serons porté à admettre que l'ap-…tion du *vésicatoire* sur la grande lèvre même pourrait, en pareil cas, avoir de …ds avantages ; et, quant aux inconvénients de ce moyen appliqué dans un pa-…point, ils ne sauraient être une contre-indication réelle lorsque la douleur est …s vive, ce qui est le cas le plus fréquent. Dans le cas cité plus haut, des *injec-…ns* d'eau dans lesquelles on mettait une vingtaine de gouttes de *chloroforme* par …e ont procuré un grand soulagement. Il ne faut pas dépasser cette dose, parce …, employé en trop grande proportion, le chloroforme irrite très fortement les …queuses.

Comme nous ne parlerons ni de la névralgie ni du prurit du vagin, nous indi-…rons ici, d'après Scanzoni (2), les principaux moyens de traitement qu'il a em-…és dans ces cas et qui conviennent aussi à la névralgie dont il est question ici. …s les cas où la sensation de chaleur du vagin et de la vulve est très développée, …e trouve bien des *émissions sanguines locales*, des *bains de siége* et des *injec-…s d'eau tiède*. Pour combattre l'hyperesthésie, on applique sur les parois vagi-…s ou sur la vulve, au moyen d'un pinceau, un *liniment de chloroforme* ainsi …posé :

℞ Chloroforme............. 2 gram. | Huile d'amandes douces..... 30 gram.

…) *Op. cit.*, *p.* 469.

…) *Maladies des organes sexuels*, *p.* 470.

[redacted]

« L'*alun* mérite, dit Scanzoni, d'être nommé en seconde ligne; on l'intr sous forme de poudre, mêlé en parties égales avec du sucre pulvérisé, à l d'un tampon de coton qu'on laisse séjourner pendant six à douze heures; l'avoir retiré, on lave le vagin avec une injection d'une solution d'alun.

℞ Alun.................. 30 gram. | Eau..................... 500 gra

Faites dissoudre.

» Au bout d'environ douze heures, on répète ce procédé, et on le continue lièrement pendant une semaine. Si au bout de ce temps le mal n'a pas dis ou du moins beaucoup diminué, on saupoudrera le tampon d'alun pur; il p quera alors une sensation douloureuse de chaleur et de constriction; cependa action est assez sûre. Si elle se faisait encore attendre, on passerait à la caut tion du vagin au moyen d'un crayon de nitrate d'argent. Un grand nomb praticiens recommandent l'emploi interne des *narcotiques*; les essais répété nous en avons faits ne sont pas encourageants; les applications d'une soluti *créosote* ou de *borax* sur les parties malades ont une action peu sûre. Dern ment, Scholz (de Breslau), a recommandé l'emploi du *caladium seguinum*, l'avoir essayé dans un grand nombre de cas; ce médicament mérite considér car, quoique dès l'abord il nous inspirât peu de confiance, les expérience nous en avons faites ont été à plusieurs reprises couronnées d'un plein succ nous ne saurions mieux faire que d'engager à d'autres essais. »]

ARTICLE VII.

PRURIT DE LA VULVE.

On ne sait rien de positif sur les *causes* de ce prurit, qu'on peut appeler *tiel*, en supposant que des recherches plus exactes ne viennent pas faire déco quelque légère altération des parties qui, jusqu'à présent, a échappé à l'in gation.

Toute l'affection consiste dans un seul *symptôme*, le *prurit*, dont l'int varie d'un moment à l'autre, et qui, parfois très léger, devient tout à coup s que les femmes qui en sont atteintes ont toutes les peines du monde à s'emp de se gratter, de se frotter, et que même elles ne peuvent parfois y résister.

Cette démangeaison excite ordinairement les désirs vénériens, et provoqu attouchements qui ont été fréquemment l'origine d'habitudes vicieuses. M. peau cite même la *nymphomanie* comme étant la conséquence de ce symp incommode. Fréquemment la démangeaison empêche le sommeil la nuit, et il en résulter un état marqué d'irritation générale. Si l'on examine la partie mal on n'y aperçoit, comme nous l'avons dit plus haut, aucune altération.

La maladie étant tout à fait locale, c'est par des topiques qu'on cherche faire disparaître; on prescrit, par exemple, des *lotions alumineuses* selon la mule suivante :

℞ Eau d'orge.............. 500 gram. | Alun...................... 4 gram.

Mêlez. Pour lotions, trois ou quatre fois jour.

[Nous avons vu dans l'article précédent que Scanzoni élève beaucoup plus la dose d'alun pour une affection fort analogue, la névralgie vulvaire.]

Le *sous-borate de soude* a été encore conseillé ; il s'emploie de la même manière, dans la proportion suivante :

℞ Borate de soude..... de 4 à 8 gram. | Eau commune........... 30 gram.

Mêlez.

On peut encore prescrire les lotions avec l'*eau de chaux*, ou bien avec le *chlorure de chaux*, ainsi qu'il suit :

℞ Chlorure de chaux. de 0,20 à 0,30 gram. | Eau commune........... 30 gram.

Dissolvez.

Le *chlorure de soude*, les *sels de potasse*, et en particulier le *sous-carbonate*, s'emploient de la même manière dans des proportions que tout le monde connaît.

Reste une application topique qu'il importe de mentionner, parce qu'on en a beaucoup vanté l'efficacité : c'est la *solution de sublimé corrosif.* Voici comment M. Trousseau (1) conseille d'employer ce médicament : « On prépare, dit-il, une solution de 10 grammes de *bichlorure de mercure* dans 100 grammes d'*alcool ;* la malade en met une *cuillerée à café dans un litre d'eau très chaude*, que l'on emploie pour les *injections* et les *lotions*. Nous insistons souvent sur la nécessité de prendre de l'eau chaude, et ce n'est pas sans motifs : il est en effet remarquable que les lotions de sublimé agissent beaucoup moins efficacement lorsque l'eau est froide que lorsque la température de la solution est très élevée, et même il n'est pas rare de voir la médication tout à fait impuissante tant que l'on se sert de l'eau froide. »

M. le docteur Tournié (2) cite neuf malades guéries par le *calomel*, auquel il associe le camphre comme il suit :

Faire des frictions deux fois par jour sur les parties malades avec la pommade suivante :

℞ Calomel.............. 2 à 8 gram. | Axonge.................. 30 gram.

Mêlez. Après l'onction, saupoudrer avec la poudre suivante :

Camphre pulvérisé.......... 1 partie. | Amidon................ 4 parties.

Dans les trois quarts des cas, le prurit était accompagné d'une éruption (3 lichens, 2 prurigos, 1 eczéma).

Enfin on a recommandé les *bains froids* et les *bains de mer*, et suivant M. Velpeau, si le mal résistait aux topiques qui viennent d'être indiqués, il y aurait lieu de toucher superficiellement toutes les surfaces malades avec le *crayon de nitrate d'argent ;* mais, ajoute-t-il, sans être très violent, ce moyen doit être cependant réservé pour les seuls cas fatigants et rebelles qui tourmentent longtemps les femmes.

(1) *Traité de thérapeutique*, t. I, p. 252.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, 1[illegible] juillet 1851.

Le docteur Winternitz (1) a employé avec beaucoup de succès, dans deux ca les fomentations avec une solution de 15 centigrammes de *nitrate d'argent* da 30 grammes d'eau, répétées cinq fois par jour; mais dans un de ces deux cas, prurit accompagnait un psoriasis diffus.

M. Cazenave (2) emploie la pommade suivante :

Axonge.................. 30 gram. | Éther chlorhydrique chloré.... 2 gram.
Mêlez. Pour onctions.

Nous n'insisterons pas davantage sur les affections de la vulve, qui, ainsi qu' vient de le voir, ont été très superficiellement étudiées au point de vue de la path logie interne, et dont cependant il fallait parler avec quelques détails, parce qu'el se présentent fréquemment aux praticiens qui pourraient se trouver embarras en leur présence. Le thrombus de la vulve et celui du vagin seront décrits pl loin.

Quant à l'*esthiomène de la vulve* et à l'*acné vulvaire* sur lesquels M. Huguier a publié un travail important, c'est parmi les maladies de la peau et aux arti *Lupus* et *Acné* qu'il faut en chercher la description. Nous allons maintenant quelques mots de certaines *affections du vagin.*

CHAPITRE II.

MALADIES DU VAGIN.

Si l'on excepte la *blennorrhagie* et les *ulcères primitifs* ou *chancres* du vagi il ne reste que bien peu d'affections qui soient du domaine de la pathologie intern Aussi n'aurons-nous à dire quelques mots ici que de la *vaginite simple*, de *vaginite granuleuse*, de la *vaginite diphthéritique*, et des *tumeurs sanguines.*

L'apparition de granulations plus ou moins nombreuses et plus ou moins vol mineuses sur la muqueuse vaginale doit-elle nous faire regarder l'inflammation vagin qui se montre avec ces caractères, comme une affection tout à fait à part, ne faut-il la considérer que comme une forme anatomique de la vaginite chroniqu C'est cette dernière manière de voir qui nous paraît devoir être adoptée, et nous croyons pas que M. Deville (4), qui a traité ce sujet avec les plus grands détai dans un mémoire d'un intérêt réel, soit d'une autre opinion. Il n'y a, en eff dans cette affection, que deux circonstances remarquables : c'est d'abord sa for granuleuse, et en second lieu son existence bien plus fréquemment constatée ch les femmes enceintes que chez les autres. Si d'autres particularités ne sont pas gnalées par les recherches ultérieures, on ne saurait, ce semble, faire de cette i flammation une maladie spéciale.

(1) *Annales de Roulers*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er février 18
(2) *Annales des maladies de la peau*, novembre 1850.
(3) *Mémoire sur l'esthiomène, dartre rongeante de la région vulvo-anale* (*Mém. de l'Ac de méd.*, t. XIV, 1849), et *Mémoire sur les maladies des organes génitaux externes chez femme* (*Ibid.*, t. XV).
(4) *De la vaginite granuleuse* (*Arch. gén. de méd.*, juillet et août 1844).

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE DU VAGIN.

ıits, dont les principaux sont rapportés par M. Gendrin (1), par Dugès ›ivin (2), prouvent qu'une quantité assez notable de sang peut suinter du vagin; mais ces hémorrhagies ne sont pas assez abondantes pour : pour les jours de la malade. Cette abondance peut considérablement rendre la maladie sérieuse. Il faut être prévenu de la possibilité du

s rapporté par Dugès et Mme Boivin, et emprunté à Mme Lachapelle, de sang était accompagné d'une douleur assez vive, mais ce n'est plus ordinaire.

ıit confondre cette hémorrhagie avec une *hématurie*, parce que le sang ılé aux urines; mais si l'on introduit une sonde dans la vessie, on voit ır claires, ce qui dissipe l'erreur. On reconnaît la source du sang en ; spéculum et en examinant le vagin immédiatement après l'avoir ide d'une injection. C'est à sa partie supérieure que se fait ordinaire-ıtement. Dans les cas cités par M. Gendrin, l'hémorrhagie vaginale ec un écoulement de sang par l'utérus, et l'on voyait ce liquide sourdre urface du museau de tanche et de la partie supérieure du vagin.

:e de sang était assez abondante ou d'assez longue durée pour causer des, il faudrait diriger contre elle les moyens indiqués à propos des ›rrhagies, et principalement de l'*épistaxis* (3); car le traitement de ie vaginale ne présente rien de particulier. On mettrait surtout en *jections froides et astringentes*, et l'on aurait recours, s'il le fallait, *ment*, dont l'application, en pareil cas, serait nécessairement des plus ı plus efficaces. Ces considérations suffisent pour une maladie si rare t si peu de particularités.

ARTICLE II.

VAGINITE SIMPLE AIGUE.

out ce que nous avons dit à l'article *Blennorrhagie chez la femme*, il ȷue nous n'avons pas à entrer dans de grands détails sur la vaginite ›n effet, il est démontré pour tous les observateurs que rien dans les s les symptômes, dans la marche de la maladie, ne peut faire distinguer : vénérienne d'une vaginite simple, il ne reste plus qu'à dire quelques *uses* qui peuvent produire cette dernière, causes dont la connaissance ›rvir de base au jugement du médecin.

s sont toutes les irritations violentes ou de longue durée qui portent leur e vagin. Or, comme il est rare que des causes de cette nature agissent

philos. de médecine pratique. Paris, 1839, t. II, p. 10.
des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1833, t. II, p. 627.
tome II, p. 217.

[redacted]

avec un suffisant degré d'intensité sur les parois du vagin, il en résulte qı vaginite simple aiguë, la vaginite non vénérienne, est une affection très rare, b coup plus rare que la vulvite de même nature, par la raison que la vulve est pre uniquement exposée aux violences, et que dans les cas même où l'action se p sur le vagin, celui-ci, plus extensible, leur échappe plus facilement. De toute irritations produites sur le vagin, il n'en est pas qui donnent plus fréquem lieu à une vaginite de quelque intensité que l'introduction des *pessaires*, et su le long séjour de ces corps étrangers dans le conduit.

Les *symptômes* sont les mêmes que ceux de la blennorrhagie; seulemen admet généralement que, toutes choses égales d'ailleurs, ils sont moins viol et que la maladie a une *durée* moins longue.

L'affection cède plus facilement aux moyens simples, comme les *émollient bains*, et un *régime doux;* cependant c'est encore là un sujet de recherches q doit pas être négligé. Les moyens mis en usage, lorsque l'affection a une cert intensité, sont les mêmes que ceux que l'on oppose à la blennorrhagie.

ARTICLE III.

VAGINITE CHRONIQUE. — VAGINITE GRANULEUSE.

Nous n'avons rien à dire de particulier de la *vaginite chronique simple*, la nite granuleuse seule présente quelques particularités intéressantes.

Vaginite granuleuse. — Déjà M. Ricord avait signalé sous le nom de *psor trie* (1), l'existence de granulations sur les parois du vagin dans le cours blennorrhagie. MM. Blatin et Nivet en ont également fait mention; mais ce n'ét là que des indications assez vagues. M. Deville a au contraire tracé d'une ma complète la description de cette forme de vaginite chronique, dont voici les p cipaux traits, d'après cet auteur.

§ I. — Définition, synonymie.

« Nous donnons, dit M. Deville, le nom de *vaginite granuleuse* à une ma du vagin de forme essentiellement chronique chez les femmes enceintes, mais vant exister chez d'autres femmes; caractérisée par le développement sur le v de granulations rouges, en général assez volumineuses, indolentes, tantôt ép et isolées, tantôt, et presque toujours, confluentes, occupant soit une partie l tée, soit la totalité du vagin, depuis les caroncules myrtiformes jusqu'au col u qu'elles envahissent même parfois, accompagnées d'un écoulement vaginal p tent, abondant, plus ou moins verdâtre. Ces granulations paraissent identiques celles qui existent assez souvent d'une manière isolée sur le col utérin, et nom par Dugès et Mme Boivin *métrite* granuleuse; seulement, sur le vagin, elles ac rent d'habitude plus de volume. »

§ II. — Causes.

Elles sont très obscures; tout ce que M. Deville a trouvé de plus précis,

(1) *Voy. l'article Blennorrhagie chez la femme.*

[redacted]

, parmi les malades qu'il a observées, les *femmes enceintes* étaient dans la pro-
ion des deux tiers environ, et que, dans la plupart des cas du moins, l'affec-
n'avait rien de syphilitique.

§ III. — Symptômes.

a vaginite granuleuse est *indolente;* parfois seulement on observe quelques
ngeaisons ou quelques cuissons; mais la facilité avec laquelle se dissipent ces
ptômes sous l'influence du repos et des lotions simples prouve que si la marche,
tigue, le défaut de soins de propreté suffisent pour les produire, on ne peut pas
moins les regarder comme appartenant en propre à la maladie.
'*écoulement* ne manque jamais; la matière sécrétée est ordinairement abon-
t, mais son abondance varie notablement, suivant les cas. Elle n'est pas vis-
se; elle est assez épaisse, se rapprochant de la consistance crémeuse, et d'une
ur jaune et verdâtre. Dans les cas où cette vaginite apparaît chez des femmes
ées déjà de flueurs blanches, cet aspect de l'écoulement en indique le début.
à l'aide du *spéculum*, on examine le vagin, on voit à la surface : « de petites
s rougeâtres ou d'un rouge vif, d'un diamètre qui varie entre un 1/2 milli-
et 2 millimètres. Leur forme est le plus souvent celle d'une demi-sphère
ente par la base; mais quelquefois elles acquièrent un développement bien
rand, elles s'allongent et prennent la forme de petits cylindres... La vaginite
nte alors le degré le plus élevé qu'elle puisse atteindre (Deville). »
granulations sont ordinairement très nombreuses dans tout le vagin; elles
nt même envahir le col de l'utérus. Jamais M. Deville ne les a vues s'ulcérer.
peut les sentir à l'aide du *toucher*. « Le doigt introduit dans le vagin glisse
deux parois dures, rugueuses, chagrinées... sensation qu'on n'éprouve que
es cas de vaginite granuleuse (Deville). »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

maladie a une *marche* tellement chronique, que, s'il ne s'opérait pas dans
ement des femmes affectées de flueurs blanches les changements indiqués
aut, elles ne s'apercevraient pas de son apparition.
durée de la maladie est, dans quelques cas, limitée par l'accouchement lui-
; dans d'autres, l'accouchement ne fait pas disparaître la vaginite qui s'est
ppée sous l'influence de la grossesse, et dès lors la durée est illimitée.
les cas où l'accouchement vient mettre un terme à la maladie, on ne la
s disparaître spontanément; mais, sous l'influence d'un traitement conve-
sa *terminaison* est promptement heureuse.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

rrait-on, d'après les caractères seuls de l'écoulement, dire s'il s'agit d'une
e granuleuse, ou bien d'un catarrhe utérin, d'une vaginite simple; en un
'un des autres états décrits sous le nom générique d'*écoulements*, de *flueurs*
es, de *leucorrhée?* Nous ne le *pensons pas*. M. Deville, il est vrai, a signalé
erses *nuances de ces écoulements, mais c'est* en examinant les femmes à l'aide

[redacted]

du spéculum qu'il les a constatées, et, en pareil cas, l'existence des granul suffit pour déterminer le diagnostic, qui n'aurait de valeur réelle que tout qu'il pourrait être porté sans cet examen direct, et c'est dans les circonstan ce genre qu'il ne nous paraît pas possible.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas grave, en ce sens que la maladie p pas altérer sensiblement la santé générale, et qu'elle cède facilement au tement. Mais si l'écoulement est abondant, s'il persévère, il peut en résulte tains symptômes gastriques que nous ferons connaître à l'article *Leucorrhée;* ptômes qui peuvent devenir très sérieux, parce que la maladie n'ayant p tendance à guérir spontanément, est une cause permanente de troubles diges

Pour les auteurs qui pensent que la vaginite la plus simple peut commun une blennorrhagie, il n'est pas douteux que celle dont il s'agit ici puisse d lieu au même résultat, et c'est ce que l'on trouve formellement exprimé d mémoire de M. Deville, mais le fait n'est nullement démontré. Il serait néce pour qu'on pût se prononcer à cet égard, qu'on citât des observations, et e faudrait-il distinguer. La vaginite granuleuse succède parfois à une véritable norrhagie, ou plutôt n'est autre chose que cette blennorrhagie passée à l'état nique : nul doute qu'en pareil cas la contagion n'ait lieu ; mais en serait-il de n dans ceux où il serait bien prouvé que cette vaginite s'est développée spon ment ? C'est ce dont il est permis de douter.

On ne sait pas quel est le *siége anatomique* précis des granulations qui fo le principal caractère de cette affection. M. Deville a rassemblé plusieurs argu qui tendent à prouver que ces granulations n'occupent pas les follicules.

[M. le professeur Lebert (1) fait remarquer que déjà MM. Giraldès et Kö avaient établi qu'il n'y a pas de glandules dans le vagin ; et il se range à l'o de MM. Deville, Mandl et Kiwisch, qui considèrent les granulations comm hypertrophie papilliforme d'une multitude de points du vagin. M. Becquerel croire encore à l'existence de ces glandules (2).]

§ VI. — Traitement.

Les moyens à opposer à cette affection ne diffèrent pas de ceux que l'on en dans la *blennorrhée* chez la femme. Les injections avec une *solution de n d'argent* ont parfaitement réussi dans tous les cas rapportés par M. Deville. d'après lui, comment on doit les pratiquer :

℞ Nitrate d'argent cristallisé. 0,05 gram. | Eau distillée............... 30 gr

« Pour pratiquer une injection, les malades se tiennent tout simplement a ou accroupies, et commencent par faire dans toute la hauteur du vagin une i *tion d'eau tiède,* pour chasser, autant que possible, la matière de l'écoulen puis elles injectent successivement deux seringues habituelles à injections vagi remplies avec la solution froide de nitrate d'argent. La seringue, tout le mon sait, doit être de verre. »

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale.* Paris, 1860, t. II, p. 416.
(2) *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1860, t. II, p.

Ces injections sont pratiquées matin et soir. De plus les malades prennent un bain entier tous les quatre jours environ, et fréquemment des *bains de siége*. On leur recommande la plus grande propreté, et on leur prescrit un *régime substantiel*, mais non excitant.

ARTICLE IV.

VAGINITE DIPHTHÉRITIQUE.

[Bien que l'inflammation diphthéritique de la vulve ait été sinon décrite, du moins indiquée par les auteurs, celle du vagin ne l'a pas été, et nous en avons vainement cherché une mention dans les principaux auteurs. Si l'on y a fait quelquefois allusion, c'est pour la considérer comme une simple localisation de la diphthérite générale et comme une dépendance du croup. Cela est vrai dans la majorité des cas, mais il en est d'autres où l'affection est essentiellement locale, soit à titre de lésion primitive, soit à titre de complication. Comme nous n'avons trouvé qu'une seule description de cet état, celle qui a été donnée par le professeur W. de Scanzoni, nous croyons devoir la reproduire intégralement.

« L'inflammation diphthéritique et croupeuse de la muqueuse vaginale existant à elle seule comme affection primitive est assez rare. Nous l'avons observée à la suite de lésions traumatiques telles qu'elles ont lieu pendant l'exercice violent et trop fréquent du coït; quelquefois aussi nous avons vu la leucorrhée vaginale devenir une véritable inflammation croupeuse. Mais, dans le plus grand nombre des cas, cette affection est secondaire et se développe pendant le cours de certaines maladies des organes avoisinant immédiatement le vagin. C'est ce qui arrive, par exemple, dans les dégénérescences cancéreuses de l'utérus qui produisent un écoulement abondant et corrosif, dans les fistules vésico- et uréthro-vaginales dans lesquelles le contact des urines entretient dans les parois du vagin un état d'irritation permanente, etc. Il en est de même lorsque des polypes de l'utérus volumineux et faisant saillie dans le vagin s'ulcèrent et sécrètent un pus sanieux ; en un mot, lorsqu'une affection quelconque des organes génitaux devient la source d'un écoulement abondant et corrosif dont le contact irrite la muqueuse vaginale. Quelquefois encore la diphthérite du vagin est provoquée par la présence de corps étrangers, par exemple, d'un pessaire très dur ou putréfié par un long séjour. Enfin, cette affection est aussi fréquemment un symptôme d'une maladie constitutionnelle; il n'est pas rare de l'observer pendant le cours des métrites, des péritonites, des pyohémies puerpérales, dans les dernières périodes de la fièvre typhoïde, de la dysenterie (1) ; nous l'avons vue plusieurs fois se déclarer pendant le cours d'exanthèmes aigus, surtout pendant la variole et la rougeole.

« La diphthérite vaginale peut s'étendre à toute la surface de la muqueuse, ou bien, ce qui est plus fréquent, elle reste bornée à certaines parties ; c'est surtout le tiers inférieur de l'organe qui est attaqué le plus souvent et le plus violemment

(1) M. le professeur Lebert dit qu'on observe quelquefois la vulvite diphthéritique dans le courant du choléra. — M. le docteur Chavanne a publié (*Thèse*, Paris, 1851) une relation intéressante de *diphthérite gangréneuses des parties génitales*, survenue chez des nouvelles accouchées à l'hospice de la Charité de Lyon, en 1850.

La partie enflammée est d'un rouge vif, quelquefois écarlate, et couverte d'une couche plus ou moins épaisse d'une exsudation membraneuse jaune ou rougeâtre, souvent très adhérente; lorsqu'on l'éloigne, la partie mise à nu saigne facilement. Là où la muqueuse n'est pas recouverte de fausses membranes, ses papilles apparaissent sous la forme de points plus foncés et nettement circonscrits. La température du vagin est très élevée, sa sensibilité considérablement augmentée; il est le siége de constrictions spasmodiques excessivement douloureuses; au plus haut période de la maladie la sécrétion de la muqueuse est diminuée; plus tard, après la chute des membranes, elle devient très abondante, c'est alors une leucorrhée muco-purulente. Dans certains cas, il y a pendant les premiers jours un faible écoulement sanguin ou sanguinolent, cela arrive surtout lorsque la maladie s'est déclarée peu avant les règles. Il n'est du reste pas rare que ces dernières soient modifiées par la vaginite. Nous les avons vues quelquefois être supprimées subitement, tandis que dans d'autres cas elles étaient extraordinairement abondantes et constituaient une véritable métrorrhagie. Fréquemment la diphthérite s'étend du vagin aux organes adjacents, aux parties génitales externes, à l'urèthre, à la vessie, à la matrice, quelquefois même au rectum et au péritoine; on voit alors apparaître les phénomènes propres à ces inflammations. Les diphthérites partielles du vagin telles qu'on les observe, par exemple, dans les fistules vésico-vaginales, durant le cours du cancer utérin, etc., ne sont ordinairement pas accompagnées de mouvements fébriles bien prononcés, tandis que la fièvre ne manque presque jamais lorsque le mal est primitif, se développe à la suite d'une lésion traumatique, d'une infection blennorrhagique, etc., et attaque les parois vaginales dans une étendue considérable.

» La diphthérite vaginale primitive cède en général, au bout de peu de temps, à un traitement convenable et même à un simple régime diététique; il en est de même lorsqu'elle accompagne les maladies constitutionnelles que nous avons énumérées; mais, lorsqu'elle reconnaît pour cause une fistule, ou une maladie utérine qui entretient un contact constant des parois vaginales avec des liquides corrosifs, c'est alors un mal des plus opiniâtres et qui résiste à tous les moyens qu'on lui oppose. Il est vrai que l'on réussit le plus souvent à le modérer pour quelque temps par des soins minutieux de propreté : mais il revient toujours à son ancienne intensité dès qu'on cesse ces soins ou que seulement on les néglige. Dans ces circonstances, il n'est pas rare de voir se former, dans la muqueuse, des ulcérations, suivies de profondes pertes de substance, qui peuvent plus tard, par leur cicatrisation, amener des rétrécissements du canal vaginal. Cependant la terminaison la plus commune est le passage au catarrhe chronique, que l'on observe presque toutes les fois que la vaginite croupeuse n'a pas été traitée convenablement, ou que la malade, après sa guérison, a commis quelque faute de régime. Il est inutile d'ajouter qu'au point de vue du pronostic les complications que nous avons mentionnées (uréthrites, cystites, péritonites, etc.) méritent considération.

» Les diverses formes de la diphthérite vaginale primitive que nous avons distinguées plus haut, d'après leurs causes, demandent en général un traitement antiphlogistique. Lors même que, de nos jours, un médecin raisonnable ne peut pas avoir l'idée de combattre cette maladie avec succès, à l'aide de saignées générales, *il est cependant des cas dans lesquels* l'intensité des douleurs, la violence de la fièvre

[redacted]

le danger de la transmission de la maladie aux organes adjacents rendent néces-re une émission sanguine locale. La manière la plus convenable de la pratiquer à l'aide de six à huit sangsues appliquées sur la surface interne des grandes res; ce n'est que lorsque les circonstances dans lesquelles se trouve la malade ne mettent pas cette application, la meilleure de toutes, que l'on fera les émissions guines au périnée ou à la surface interne des cuisses. La grande sensibilité des ois vaginales ne permet pas d'introduire un spéculum et de poser les sangsues s le vagin même. A part les émissions sanguines, des injections, des bains tièdes iers ou partiels, des fomentations émollientes sur l'hypogastre, rendront de bons vices contre les douleurs; les constrictions convulsives du vagin céderont promp-nent à un lavement à l'opium ou à la belladone, dont on combattra l'action stipante en administrant plusieurs jours de suite un léger purgatif. Dès que la sibilité du vagin aura diminué, que la température se sera abaissée, que l'état sécheresse de la muqueuse, qui manque rarement les premiers jours, aura fait ce à une sécrétion puriforme, on passera aux injections intra-vaginales d'une lution un peu concentrée de nitrate d'argent. Si la leucorrhée ne cédait pas, on rait recours aux divers moyens que nous avons indiqués, en parlant du traite-nt du catarrhe chronique. Quant au régime à observer, nous ajouterons qu'un pos absolu, tant moral que physique, et l'abstinence de toute boisson et de toute urriture excitante, sont des conditions indispensables à la guérison.

» Les inflammations secondaires demandent avant tout l'éloignement des causes i les ont produites. On ne pourra, par exemple, espérer aucun bon résultat du itement tant qu'on n'aura pas extirpé le polype ulcéré, enlevé le pessaire qui ite le vagin, ou guéri la fistule. Tant que les causes subsistent, le médecin en sera luit aux soins de propreté, consistant en bains de siége et injections d'eau tiède, décoctions de camomille, de thé vert, de solutions de chlorure de chaux, etc. s dernières sont surtout utiles lorsque l'écoulement est sanieux et fétide. rsque la vaginite membraneuse se déclare pendant le cours des maladies géné-s que nous avons énumérées, elle n'est plus que d'une importance secondaire disparaît ordinairement d'elle-même avec l'affection qui l'a causée; on aura soin dement de maintenir le vagin dans la plus grande propreté. Souvent cependant este une leucorrhée chronique que l'on traitera d'après les règles que nous avons nnées plus haut. »]

ARTICLE V.

TUMEURS SANGUINES, OU THROMBUS DE LA VULVE ET DU VAGIN.

[Bien que cette maladie soit particulièrement étudiée au point de vue de la gros-sse et de l'accouchement, il nous semble important d'en dire ici quelques mots.

Le système veineux et artériel annexé au vagin et aux parties génitales extérieures t extrêmement riche, ainsi qu'on le sait, et il est soumis à de fréquentes conges-ons par suite de deux ordres de causes distinctes, la menstruation d'une part, la ossesse de l'autre. Le mécanisme diffère dans les deux cas : aux époques mens-uelles, c'est une congestion active, pendant laquelle il y a réplétion des veines turgescence des parties, facilitée par la laxité du tissu cellulaire. Pendant la

[redacted]

grossesse il y a plutôt une stase passive, déterminée par la gêne de la circulation en retour, et dont la cause se trouve dans le développement de l'utérus. Ces deux modes de congestion se traduisent même chez quelques femmes par la varicosité des veines profondes et des veinules superficielles. Or, on conçoit facilement que les veines ainsi forcées, distendues, et peut-être amincies, puissent se rompre spontanément ou sous l'influence d'une violence extérieure, exactement comme les veines variqueuses des membres inférieurs. De là des hémorrhagies plus ou moins considérables dans l'épaisseur des tissus de la vulve ou des parois du vagin ; elles ne diffèrent d'ailleurs des hémorrhagies péri-utérines que par le siége, celles-ci se faisant dans la cavité péritonéale, mais sous l'influence de causes identiques.

Causes. — Les premiers médecins qui se sont occupés des *tumeurs sanguines* des parties génitales, ne les ont guère envisagées que dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement, ainsi que l'on peut s'en assurer en consultant les mémoires de Deneux (1) et de M. Hervez de Chégoin (2). Mais M. le professeur Velpeau (3) a montré, depuis, que ces tumeurs sont souvent indépendantes de la grossesse et à peu près aussi fréquentes « chez les femmes qui ne sont pas enceintes que chez celles qui accouchent ».

Dans les cas de *vacuité de l'utérus*, le thrombus s'est montré de l'âge de *dix-huit ans* à celui de *soixante* (Velpeau). Mais il y a toujours eu une *violence extérieure*. Dans un cas observé par le même auteur chez une jeune fille de quatorze ans, à peine pubère, il y avait eu *tentative de viol ;* d'autres fois il s'agit d'un *coup de pied* ou d'un *choc* contre l'angle d'une table, d'une chaise, etc. « Une des causes les moins avouées et des plus fréquentes, peut-être, se trouve dans un *excès de coït* » ; aussi observe-t-on fréquemment le thrombus chez les filles publiques et les femmes récemment mariées. La nature de ces causes fait comprendre qu'il puisse y avoir simultanément une plaie extérieure.

Dans le cas d'accouchement il n'y a pas de violence extérieure, et au premier abord on pourrait croire que le thrombus s'établit *spontanément ;* mais il est bien évident que la tête de l'enfant agit comme un corps contondant, en froissant les parois du vagin et de la vulve. Nous avons déjà dit que la distension et l'état variqueux des veines des parties génitales était une cause prédisposante de la plus grande importance.

Cependant comme il y a des cas où le thrombus s'est manifesté pendant la grossesse, on peut supposer qu'il s'est produit spontanément et par une rupture analogue à celle des varices des jambes, à moins que l'on ne suppose qu'il y a eu une violence extérieure inaperçue ou inavouée.

Ajoutons que l'on a signalé parmi les *causes prédisposantes* (4) : le *volume excessif* de l'*utérus*, l'*étroitesse du bassin*, de la *vulve* ou du *vagin*, la *multiparité*, mise en doute par Deneux ; l'*appauvrissement du sang*, propre à la grossesse. Et parmi les *causes occasionnelles :* les *manœuvres* nécessitées par l'*application du forceps* ou par la *version ;* la *préparation des parties*, pratiquée autrefois par

(1) *Tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*. Paris, 1830.
(2) *Journal universel et hebdomadaire de médecine*, 1832.
(3) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. 30, art. VULVE.
(4) *Vauclin, Thèse. Paris, 1858.*

les accoucheurs; enfin les *efforts violents d'expulsion* dans la dernière partie du travail.

Fréquence. — Cette affection est certainement très rare. Deneux n'en avait recueilli que quatre exemples dans une pratique de quarante années; M. Hervez de Chégoin n'en a vu qu'un seul cas en vingt ans. M. Velpeau, au contraire, en possède trente exemples qui lui sont propres, et il dit en avoir observé six exemples dans le cours d'une seule année. M. Blot (1) pense qu'il existe, dans l'appréciation de la fréquence, des causes d'erreur, d'abord parce que l'on peut méconnaître des tumeurs de petit volume, et ensuite parce que l'on peut confondre le thrombus avec une autre affection, comme la gangrène de la vulve. Enfin M. Vauclin (2) distingue la fréquence relativement au *siége*, et la fréquence relativement à l'*époque d'apparition* : sous le premier rapport, les tumeurs sanguines sont plus fréquentes à la vulve que dans le vagin; sous le second, elles sont plus communes pendant l'accouchement et après la délivrance que pendant la grossesse.

Caractères anatomiques. — Le thrombus se manifeste plus fréquemment à la vulve que dans le vagin, et aussi souvent à gauche qu'à droite, bien qu'en ait dit Boër. Il se produit quelquefois, mais rarement, dans les petites lèvres. Son siége le plus habituel est à la partie postérieure et interne des grandes lèvres, et la tumeur fait saillie du côté de leur partie glabre. L'infiltration sanguine n'est pas toujours limitée, car on l'a vue gagner toutes les parties de la vulve, le pourtour de l'anus, le pénil, la paroi antérieure de l'abdomen.

Dans l'intérieur du vagin, la tumeur est plus circonscrite; elle en occupe les parties latérales de préférence, plus rarement la paroi postérieure, presque jamais la paroi antérieure.

Il n'est pas rare de voir une tumeur occuper à la fois le vagin et la vulve.

Enfin on a trouvé quelquefois la lèvre antérieure du col utérin infiltrée de sang à la suite des accouchements laborieux, et l'on a rapproché cette lésion de celle qui nous occupe maintenant.

On n'a peut-être jamais eu l'occasion d'examiner anatomiquement un thrombus récent, de sorte que l'on ignore et l'état des tissus et celui des vaisseaux; mais la palpation supplée en partie à ce défaut d'observation. Il est évident que quelquefois le sang est seulement infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, et que d'autres fois il est épanché à l'état liquide; dans ce dernier cas autour de la partie fluctuante, il y a toujours une zone d'infiltration. Enfin on sait que le sang, d'abord liquide, se concrète et rend la tumeur solide, à moins qu'une inflammation suppurative ne la transforme en *abcès sanguin*.

Signes et symptômes. — Le thrombus qui survient en dehors de l'accouchement est rarement volumineux; celui des femmes en couches est ordinairement considérable et peut acquérir les dimensions de la tête d'un enfant nouveau-né. La tumeur est le plus ordinairement circonscrite et se présente sous la forme d'une « bosselure globuleuse, sphéroïdale ou elliptique, d'une teinte noirâtre, comme charbonnée » (Velpeau). Cependant l'épanchement peut être diffus, et alors il n'y a plus qu'une tuméfaction pâteuse étendue plus ou moins loin et quelquefois incolore.

(1) *Des tumeurs de la vulve et du vagin*, thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1853.
(2) *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*, thèse. Paris, 1858.

[redacted]

« Ordinairement indolente, dit M. Velpeau, la tumeur sanguine de la vulve est généralement molle, vaguement fluctuante sur son point culminant, sur sa région interne notamment. Le côté fémoral ou pubien en est, au contraire, assez dense, assez résistant pour y rendre la fluctuation douteuse en ce sens. En la pressant entre les doigts comme pour l'étrangler, pour l'attirer au dehors, on constate bientôt qu'elle est indépendante du squelette du contour du bassin, et que les parties molles seules lui ont donné naissance, c'est-à-dire qu'on la fait aisément mouvoir avec la grande lèvre tout entière sur le contour du détroit inférieur. Quand, avec les caractères que je viens d'indiquer, la tumeur s'est développée rapidement dans l'espace de quelques heures, par exemple, il est difficile de ne pas en saisir immédiatement le diagnostic. Un abcès, un kyste, toute autre tumeur se développe d'une façon toute différente, et se montre sous des formes anatomiques telles que la confusion en est véritablement impossible. »

La douleur est quelquefois très vive, surtout quand la tumeur avoisine le périnée; quelquefois elle est nulle.

Il est facile de comprendre les troubles que la tumeur occasionne par son volume, dans les parties voisines; ainsi elle gêne les fonctions du rectum, de la vessie, etc., selon son siége. Elle peut aussi s'opposer à l'écoulement des lochies et même à l'accouchement.

La tumeur n'a pas toujours une couleur bleue ou livide, et cela en raison de sa profondeur.

Marche, durée. — Cette affection ne s'accompagne de fièvre que par suite d'une complication inflammatoire. Elle tend à la résolution spontanée, comme tous les épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus, et la résorption est d'autant plus rapide que la tumeur est moins volumineuse. Cependant M. Velpeau fait remarquer que la partie solide du sang peut rester, se transformer et donner lieu à des tumeurs persistantes, dont la nature est difficile à reconnaître plus tard, si l'on ignore qu'il y a eu un thrombus. Au contraire, la tumeur peut devenir le point de départ d'un kyste séreux.

Complications et terminaisons. — Il nous suffira de signaler : l'*hémorrhagie* par rupture des parois, la *rétention d'urine* ou des *matières fécales*, les *obstacles à l'accouchement*, la *rétention du délivre* ou celle des *lochies*, les *convulsions*, l'*inflammation du péritoine* (Vauclin). Enfin la conversion de la tumeur en *abcès sanguin*, la *gangrène* et la formation de *fistules recto-vaginales* sont encore tout à la fois des complications et des modes de terminaison.

Diagnostic. — Les caractères de la tumeur, les circonstances dans lesquelles elle est survenue, la rapidité du début, rendent le diagnostic tellement facile, qu'il serait inutile d'y insister. Cependant le thrombus qui survient chez les femmes non enceintes peut n'être observé par le médecin que longtemps après son début, et quand la douleur, la gêne que produisent la tumeur ou quelque complication forcent la malade à parler d'un mal qu'elle aurait voulu dissimuler. On ne saurait hésiter que pour les tumeurs variqueuses, les phlegmons, les hernies vaginales, des tumeurs de la vulve ou des parois du vagin, et la gangrène de la vulve.

Pronostic. — En général, le thrombus de la vulve est grave chez la femme en couche. Deneux a noté vingt-deux cas de mort sur soixante-deux cas réunis par lui. M. Blot dit que sur dix-neuf femmes cinq moururent.

[redacted]

M. Vauclin fait remarquer que cette issue funeste reconnaît pour cause d'abord les hémorrhagies, ensuite la suppuration et la gangrène.

Il est bien entendu que le volume de la tumeur entre pour beaucoup dans la gravité du pronostic.

Toutes choses égales d'ailleurs, le thrombus du vagin est plus grave que celui de la vulve, pour les raisons suivantes : la tumeur peut rester longtemps méconnue et entraîner des complications qu'on eût pu prévoir ; si elle s'ouvre, les hémorrhagies sont abondantes et difficiles à réprimer ; enfin les lochies peuvent y pénétrer et amener la gangrène (Siebenhaar, cité par Vauclin).

Il y a un danger autre que la mort, c'est la possibilité de formation d'une fistule recto-vaginale, et presque toujours la mort de l'enfant pendant le travail.

M. Velpeau dit le pronostic moins grave que les autres auteurs ne l'ont établi, mais c'est en faisant entrer dans son étude les thrombus qui prennent naissance chez les femmes non enceintes.

Traitement. — Dans les cas exempts de complication, que la tumeur soit grosse ou petite, il convient d'attendre la résolution spontanée et de n'employer que les moyens qui conviennent aux contusions : repos, résolutifs locaux. Dans les premiers jours on doit, selon M. Velpeau, appliquer des compresses imbibées d'une solution d'*acétate de plomb*, et plus tard d'une solution de *chlorhydrate d'ammoniaque*. S'il y avait trop de douleurs, on y joindrait du *laudanum*.

Quand la tumeur persiste plus de quinze ou vingt jours, M. Velpeau pense qu'il s'est formé un kyste qui rendra impossible la résolution du sang. Il propose alors l'*écrasement simple de la tumeur* ou l'*écrasement avec ponction préalable* : on introduit dans la tumeur une sorte de *lance*, avec laquelle on déchire les parois de la poche profondément et assez largement, afin de favoriser la dispersion du sang quand on arrivera ensuite à l'écrasement. Cette opération doit être suivie de la compression.

Si le thrombus précède l'accouchement, il n'y a pas lieu de songer à l'écrasement, il faut inciser la tumeur et la vider du sang liquide ou des caillots qu'elle contient.

Nous n'avons pas à insister sur le pansement qui doit suivre l'incision, et encore moins sur le traitement nécessaire pour les complications que nous avons énumérées.]

APPENDICE.

LEUCORRHÉE.

[Avant les progrès récents de l'anatomie pathologique et l'emploi du spéculum, tous les écoulements non sanguins qui s'effectuaient par la vulve, en dehors de la parturition, portaient le nom de *leucorrhée* ou de *flueurs blanches*, et étaient considérés comme résultant d'une hypersécrétion essentielle : la leucorrhée était une maladie comme la bronchorrhée, la sialorrhée, etc. L'usage du spéculum et l'anatomie morbide ayant montré la coïncidence de ces écoulements avec des lésions du vagin, du col de l'utérus, et même du corps de cet organe, la leucorrhée perdit rang de maladie pour descendre à celui de symptôme. Cependant la nouvelle opinion n'a pas été partagée par tous les médecins, et elle ne l'est pas encore ; en sorte que, en présence d'assertions aussi opposées, l'opinion flotte incertaine. Nous

ne sommes pas de ceux qui aiment à accorder les contraires, mais il nous semble qu'il y a ici un malentendu facile à faire disparaître par quelques explications.

Il est incontestable que toute lésion d'une membrane muqueuse se traduit par l'augmentation et la perversion de sa sécrétion, et nous ne voyons pas pourquoi les affections de la muqueuse utérine et vaginale échapperaient à cette règle.

Aussi croyons-nous que la leucorrhée peut et doit être le *symptôme* de toutes les altérations de la muqueuse génitale; peut-être même doit-elle aussi être l'*expression symptomatique* des affections plus profondes atteignant le parenchyme et les annexes de l'utérus. Sous ce rapport donc, nous reconnaissons volontiers que la leucorrhée n'est point une maladie, mais nous ne sommes nullement disposés à la considérer toujours ainsi. Il y a des cas, et ils sont nombreux, où la leucorrhée est toute la maladie, c'est-à-dire où elle ne se rattache à aucune lésion anatomique permanente. Si l'on nous disait qu'alors elle dépend d'une constitution lymphatique dont elle serait le symptôme, nous répondrions que cette constitution n'est pas une maladie, que c'est une modalité de l'organisme, et que cette modalité entraîne dans les organes une manière particulière de vivre et de fonctionner; que si, alors, un flux s'exagère au point de devenir incommode, ce flux prend rang de maladie; ce n'est plus un symptôme, c'est l'expression d'une disposition générale de l'organisme. On peut dire encore que ce flux est le résultat d'une perversion de la circulation ou de l'innervation des parties qui en sont le siége; nous l'admettons volontiers et nous ne comprendrions même pas qu'il en fût autrement. Mais cette perversion est-elle une maladie? Assurément non, puisque c'est la manière de fonctionner des appareils circulatoires et nerveux de tel ou tel individu.

Une comparaison fera comprendre notre pensée entière : qu'un individu lymphatique; à constitution faible et molle, soit sujet à un flux sudoral excessif et habituel, sans lésion de la peau, dira-t-on que ce flux est le symptôme de la débilité générale de l'économie? Non, certainement; il en sera l'effet, le résultat, non le symptôme. En effet, la faiblesse générale n'est qu'une forme de l'organisation, un degré imparfait de développement, mais ce n'est pas une maladie; le flux sudoral sera, au contraire, la maladie tout entière, et, qui plus est, une maladie essentielle, car il n'aura pas son point de départ dans une altération anatomique de la peau. C'est de cette manière que l'on doit, à notre sens, entendre la leucorrhée constitutionnelle, que nous persistons, avec beaucoup d'auteurs, à considérer comme une maladie réelle et essentielle.

Cependant, comme au point de vue du diagnostic, il se présente de nombreuses difficultés, nous croyons qu'il faut établir deux divisions dans les écoulements non sanguins qui se font par les organes génitaux de la femme, et les distinguer en :

1° *Leucorrhée symptomatique ;*

2° *Leucorrhée idiopathique.*

1° LEUCORRHÉE SYMPTOMATIQUE.

Lorsqu'une femme se plaint de *pertes blanches*, c'est-à-dire d'un écoulement non sanguin par les parties génitales, l'esprit du médecin s'arrête tout de suite et *presque involontairement* sur la leucorrhée essentielle, idiopathique, c'est-à-dire *indépendante de toute lésion* anatomique, car c'est incontestablement l'espèce la

'nte. Aussi ne songe-t-il pas à l'examen des parties génitales, et formule-champ son traitement. Il n'y a en général pas beaucoup à se tromper : ense majorité des cas il aura rencontré juste, et son traitement sera is il y aura des cas rebelles ; il procédera à un examen local, et il se re-sa précipitation en reconnaissant que l'écoulement est dû à une cause qui demandait surtout un traitement topique.

nc en réalité des flux qui peuvent être pris pour la leucorrhée et qui ne symptôme d'une affection des organes génitaux.

pouvons pas en décrire toutes les variétés, dans la crainte de tomber pétitions, mais nous énumérerons les plus importantes.

les écoulements symptomatiques. — Tout d'abord il y a des flux qui nt que d'une *affection de la vulve.* Nous ne faisons que rappeler la '*iculeuse* et la *folliculite vulvaire*, décrites dans les articles précédents. mier cas, on apprendra qu'il y a eu précédemment une vulvo-vaginite blennorrhagique, et l'on reconnaîtra que l'inflammation s'est réfugiée llicules de l'orifice du vagin et du pourtour de l'urèthre ; ces follicules s, durs, saillants, quelquefois ulcérés ; la pression en fait sortir du pus ; n peut y entrer à la profondeur d'un centimètre. S'agit-il de la follicu-e, elle porte sur les glandes sébacées et les follicules pilifères du bord la face externe des grandes lèvres ; cette affection n'existe que chez les ceintes à cheveux bruns ou roux. Si l'on trouve ces lésions, on doit leur 'origine de l'écoulement qui baigne les parties génitales externes, à n ne découvre quelques lésions dans le vagin. Les *chancres syphili-*nent aussi lieu à un écoulement simplement vulvaire.

de même des *inflammations* et *abcès de la glande vulvo-vaginale*, que ns pas à décrire. Rappelons enfin que les *pustules plates* sont une iente de sécrétion muco-purulente ; la présence des pustules à la vulve, surtout l'odeur infecte de la matière sécrétée établissent le diagnostic. *adies du vagin* produisent aussi des écoulements symptomatiques. lons seulement la *vaginite simple*, la *blennorrhagie aiguë* et *chronique*, *granuleuse*, *diphthéritique*, et toutes les *affections chroniques* des parois

s *affections de l'utérus*, nous signalerons toutes les *affections du col*, la *tarrhale*, la *congestion utérine*, les *polypes*, le *cancer*, etc.

res des écoulements symptomatiques. — Lorsqu'il s'agit d'une lésion vi-gnostic n'éprouve aucune difficulté, mais il n'en est plus de même quand partient à l'utérus, car on peut méconnaître la lésion locale et croire à rhée idiopathique.

te alors de tirer des signes de la nature de l'écoulement lui-même, et il outeux que l'on puisse en obtenir d'une grande importance. C'est prin- d'après les caractères de l'écoulement que l'opinion peut être fixée. ons-nous devoir les indiquer avec quelques détails. Le lecteur trou-a thèse de M. le docteur Hédouin (1) des détails d'une grande impor-

ositions sur les écoulements provenant des affections diverses des organes génitaux r, etc. Thèse, Paris, 1848.

tance pratique, que nous ne pouvons rapporter ici, à cause de leur longue mais nous empruntons un passage du plus grand intérêt clinique au livre marquable de M. Nonat (1).

« Il faut, tout d'abord, tenir compte de la quantité de l'écoulement. Il est d que les proportions du produit sécrété sont toujours en raison directe de l'éte de la surface sécrétante. D'où il est permis d'inférer qu'un écoulement très ab dant doit provenir, soit seulement de la totalité du vagin, soit de la surface vagi et de la muqueuse utérine simultanément; une leucorrhée peu abondante, au co traire, aura sans doute sa source uniquement dans la cavité utérine.

» Un écoulement muco-purulent, parfois mêlé de sang, accompagné de doule très aiguës dans le bas-ventre et d'une réaction fébrile intense, assez abonda l'apogée de la maladie, diminuant à mesure que la maladie s'amende, appartient, général, à la *métrite aiguë*. Tantôt cet écoulement cesse entièrement, si la rés lution de la phlegmasie est complète; tantôt il persiste en prenant les caractères mucus albumineux, si la phlegmasie revêt la forme chronique.

» Une leucorrhée peu abondante, constituée par une matière glaireuse, com rable à du blanc d'œuf, provient toujours de la cavité utérine et se rattache à l'ex tence d'une *métrite chronique interne*.

» Les pertes muco-purulentes, d'une teinte blanche et laiteuse, proviennent g néralement du vagin et sont l'indice d'une *vaginite*.

» La leucorrhée jaune verdâtre est fournie le plus souvent aussi par la muque vaginale.

» Néanmoins la muqueuse utérine exhale, dans certains cas, un muco-pus se blable à celui du vagin; de sorte que les écoulements blancs et laiteux et les éco lements jaune verdâtre peuvent quelquefois être tout aussi bien le signe d'u métrite chronique interne que d'une vaginite.

» Toute matière leucorrhéique alcaline provient de la cavité de l'utérus; la le corrhée vaginale est toujours acide. L'écoulement mixte est, suivant les propo tions du mélange, alcalin, acide ou neutre.

» Lorsque, en dehors de l'époque menstruelle, ces mucosités leucorrhéiqu sont striées de sang, il est à présumer qu'il existe quelque *granulation* ou quel *ulcération*, soit sur le museau de tanche, soit sur la muqueuse vaginale. Quand sang est mélangé en assez grande quantité au mucus ou au muco-pus, il est prob qu'on a affaire à une métrite chronique compliquée de *fongosités intra-utérin* de *polypes* ou de *corps fibreux*.

» Un écoulement séro-sanguinolent, comparable à une eau roussâtre, abond et continu, est un signe presque certain de *cancer* au début.

» Plus tard, le cancer se décèle par l'écoulement d'une matière épaisse, se liquide, ichoreuse et fétide, mélange de pus, de sang et de détritus cancéreux.

» Le mélange de ces détritus et la continuité de l'écoulement serviront à dis guer les matières provenant d'une affection cancéreuse de celles qui, par suite d séjour plus ou moins long dans la matrice, dans les cas de métrite chronique terne compliquée de rétrécissement du conduit utérin, ont acquis une odeur et coloration capables d'en imposer.

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860, p. 630 et s

[redacted]

« La métrite parenchymateuse ne fournit point une leucorrhée particulière. Les tes blanches qui accompagnent habituellement cette phlegmasie doivent être ibuées, non point à l'inflammation du tissu propre, mais à celle de la muqueuse rine qui la complique presque toujours.

« La leucorrhée qu'on observe généralement dans l'hystéralgie provient, soit le métrite ou d'une vaginite concomitante, soit d'un surcroît de mouvement ulatoire et d'activité fonctionnelle dans la muqueuse et dans les follicules muci- s, sous l'influence de l'irritation morbide du système nerveux utérin.

La leucorrhée qu'on observe dans certaines lésions organiques de l'utérus, s que môles, polypes, corps fibreux, hydrométrie, etc., provient d'un certain ré de métrite que ces espèces de corps étrangers ont fait naître dans la mu- use utérine, qu'ils irritent sans cesse par leur contact.

L'écoulement blanc qui accompagne si souvent aussi les lésions mécaniques de atrice et que beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à leur attribuer, est le résultat, point du déplacement ou de la déviation, mais de la métrite qui très souvent complique.

« L'ovarite et les phlegmons péri-utérins ne déterminent la leucorrhée que d'une nière indirecte, c'est-à-dire en provoquant par voie de contiguïté ou de voisi- ge une phlegmasie utérine. »

Ces caractères serviront à faire reconnaître la nature de l'affection dont l'écoule- nt est le symptôme, et à établir le pronostic. Quant au traitement, nous n'avons à en parler, puisqu'il doit varier selon la nature de la cause.]

2° LEUCORRHÉE IDIOPATHIQUE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Pour nous, la *leucorrhée idiopathique* est un écoulement de matière muqueuse, z abondant pour incommoder les sujets, et sans altération appréciable des or- es génitaux. On voit que non-seulement nous excluons tous les cas où l'on uve une lésion soit purement inflammatoire, soit ulcéreuse, mais encore que s n'admettons que les écoulements muqueux. Si, en effet, l'écoulement est pu- ent ou muco-purulent, bien que la muqueuse vaginale et utérine ne présente même de la rougeur, il faut admettre l'existence d'une vaginite chronique ; la adie n'est plus alors une simple leucorrhée, car la formation du pus à la sur- e d'une muqueuse entraîne l'idée d'une inflammation. On voit tous les jours des ulements muco-purulents de l'urèthre persister après la période inflammatoire ue, sans que l'inspection fasse découvrir les signes ordinaires de l'inflamma- : chaleur, rougeur, tuméfaction ; et l'on n'hésite pas à dire qu'il existe alors blennorrhagie chronique, c'est-à-dire une inflammation chronique ; il doit en de même quand il s'agit des écoulements vaginaux. Il est très difficile, il est i, de dire où commence et où finit l'inflammation, et surtout si, dans certains , la matière de l'écoulement contient ou ne contient pas une certaine propor- de pus. On conçoit, en effet, que le mucus, suivant la plus ou moins grande portion des éléments qui le composent, ait dans son aspect plusieurs nuances iciles à caractériser ; mais, si cette difficulté existe pour certains cas, qui seront

[redacted]

peut-être toujours douteux, il en est, comme on le verra plus loin, où les car tères sont très tranchés, et ce n'est, par conséquent, pas une raison pour lai subsister une confusion fâcheuse.

Nous avons ajouté, dans cette définition, que l'écoulement doit être assez ab dant pour incommoder les femmes ; cette remarque, faite par Marc d'Espine (paraîtra juste, si l'on considère que la sécrétion du mucus est nécessaire p lubrifier les parties, et que, tant qu'elle ne dépasse pas certaines limites, il impossible de dire que le sujet n'est plus dans des conditions normales.

Les dénominations sous lesquelles on a désigné la leucorrhée sont très no breuses, et il n'en pouvait être autrement. On l'a décrite sous les noms de *flu alba*, *fluxio vulvæ*, *profluvium muliebre*, *fluor albus*, *menorrhagia alba*, *men rhœa*, *menstrua alba*, *blennorrhœa vaginæ*, *hysterorrhœa mucosa* ; *fleurs*, *flu blanches*, *pertes blanches*, etc. ; les Anglais l'ont désignée sous le nom de *whi* et les Allemands sous celui de *weisser Fluss*. On trouve dans ces dénominati plusieurs des idées qu'on s'est faites sur la nature de la maladie, alors que t d'états pathologiques se trouvaient confondus.

Dans les idées anciennes, la leucorrhée devait nécessairement passer pour l des maladies les plus fréquentes, si ce n'est même pour la plus fréquente de tou On sait, en effet, combien est grand le nombre des femmes qui ont des écou ments, soit continus, soit intermittents, c'est-à-dire apparaissant à l'époque règles. Mais si nous recherchons la *fréquence* de la leucorrhée telle que nous vons définie plus haut, nous voyons qu'elle devient infiniment moins considéra et que chez les femmes qui ont des écoulements divers confondus sous le nom leucorrhée, c'est la minorité qui présente un flux de cette nature. Nous indiq rons, en parlant des causes, quelle est la fréquence de la maladie suivant les dive circonstances où les femmes se trouvent placées.

§ II. — Causes et siége de la maladie.

On comprend combien de causes différentes on a dû assigner à cette maladi complexe dans l'ancienne manière de voir. Nous ne présenterons ici que celles se rattachent spécialement à la leucorrhée telle que nous l'avons définie, et, p cela, le mémoire de Marc d'Espine nous sera de la plus grande utilité.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Nous avons dit, en parlant de la vaginite et de la vulvite, que l'on servait assez souvent chez des enfants très jeunes, et même chez des filles nouve ment nées, un écoulement plus ou moins épais et abondant ; mais après avoir e miné les faits, nous avons cru devoir rattacher cet écoulement à la vaginite, surtout à la vulvite provoquée par diverses causes excitantes. Dans les observati recueillies par M. Brierre de Boismont (2), on voit que l'affection à laquelle il permis de donner le nom de leucorrhée ne s'est pas montrée avant l'âge de h

(1) *Recherches anatomiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée* (*Arch. g de méd.*, 2ᵉ série, t. X, p. 160).

(2) *De la menstruation considérée dans ses rapports physiol. et pathologiques* (Paris, 184 chap. XIII, *Des flueurs blanches, etc.*

ıs. et c'est là un fait qui vient à l'appui de la distinction que nous avons établie lus haut.

Il n'est pas rare de voir la leucorrhée s'établir avant l'âge où commence la mens-uation; Blatin, Marc d'Espine et M. Brierre de Boismont ont fait à ce sujet s relevés statistiques. D'après le premier, 15 femmes sur 135 seraient dans ce s (1/9ᵉ); d'après le second, il y eut 26 femmes sur 53 (la moitié) qui furent ectées avant la première époque menstruelle, et dans les cas recueillis par . Brierre de Boismont la proportion n'est que d'*un peu plus du quart.* Ces iffres sont si différents, qu'on ne peut pas en tirer de conclusion rigoureuse, et 'il faut nécessairement faire appel à des recherches très étendues. Ce qui, ainsi ue le fait remarquer Marc d'Espine, est une cause inévitable de la variation s résultats obtenus, c'est que les observations n'ont pas été prises dans les mêmes eux, et que les influences auxquelles les femmes étaient sujettes se trouvaient par nséquent différentes. Peut-être aussi faut-il ajouter que dans des questions aussi ifficiles, un peu plus ou un peu moins de précision et de sévérité dans l'interro-atoire doit avoir une grande influence sur le résultat.

Les mêmes motifs ont fait nécessairement varier les chiffres obtenus par ces ois auteurs dans leurs recherches sur l'apparition de la leucorrhée pendant et après ı période menstruelle : ainsi, tandis que Blatin trouve que 106 femmes sur 135 7/9ᵉˢ) ont vu apparaître la leucorrhée pendant la période limitée par la première enstruation et l'*âge critique*, Marc d'Espine en trouve seulement 18 sur 53 (1/3); quant à M. Brierre de Boismont, il nous a été impossible de suivre ses chiffres, car compte 248 femmes qui auraient vu paraître l'écoulement leucorrhéique après ı règles, ce qui, joint aux 63 cas précédemment cités, et dans lesquels cet écou-nent a précédé la menstruation, dépasse de beaucoup le nombre total de ses ob-vations, qui est de 273.

Tempérament. — Si l'on voulait s'en rapporter simplement à l'opinion générale, n ne serait plus facile que de se prononcer sur l'influence du tempérament. C'est e croyance, en effet, presque universellement répandue, que le tempérament nphatique est la condition la plus favorable à l'apparition des flueurs blanches, l'on trouve affirmé dans presque tous les auteurs que les femmes blondes, à peau ınche et fine, ayant une certaine bouffissure des tissus, sont de beaucoup les ıs sujettes à cette affection; mais déjà nous avons vu dans l'histoire des *scro-les* (1) avec quelle réserve il faut accepter de semblables affirmations lorsqu'elles sont pas appuyées sur une analyse numérique des faits. Nous en trouvons ici e nouvelle preuve. Blatin, qui avait senti la nécessité de s'appuyer sur cette se, n'a pas pu déterminer l'influence du tempérament, parce que, même dans observations de ceux dont les opinions étaient le plus arrêtées, il n'a pas trouvé documents suffisants sur ce point, et Marc d'Espine, analysant les faits, a vu ıe le plus grand nombre des femmes observées à Paris avaient les cheveux châ-ıns et les yeux bleus, que d'autres avaient des nuances plus foncées, et que le mbre proportionnel de ces femmes était en rapport direct avec celui que pré-nte la population tout entière, relativement aux attributs du tempérament. . Brierre de Boismont se contente de dire que les deux tiers des 63 jeunes filles

(1) Voyez tome Iᵉʳ, p. 380.

[redacted]

leucorrhéiques avant la menstruation « étaient blondes, nées dans les villes Paris, et que « celles de la campagne étaient, en général, lymphatiques ou fuleuses » ; mais, ajoute-t-il, « il y en avait dans le nombre dont la constit était forte. » Que conclure encore de ces faits? Rien évidemment. M. Brierr Boismont n'est pas, malheureusement, entré dans d'assez grands détails Marc d'Espine observait à l'hôpital des Vénériens, où les conditions étaient favorables relativement au point qui nous occupe. C'est encore là un exempl la difficulté de ces recherches, qu'on fait néanmoins très souvent avec la plus gr légèreté.

Constitution. — Même remarque à propos de la constitution. Marc d'Esp vu prédominer la constitution robuste; l'opinion générale est, au contraire, la constitution naturellement faible, ou débilitée par les maladies antérieures la plus sujette à la leucorrhée.

Climat. — Le mémoire de Marc d'Espine nous fournit un renseignement portant sur l'influence du climat. Cet auteur a comparé sous ce rapport ses o vations avec celles qui lui ont été communiquées par Girard (de Marseille) e vu que le tiers seulement des femmes observées à Paris n'avaient jamais été suj aux flueurs blanches, tandis que les trois quarts des femmes interrogées à Mar se trouvaient dans cette condition favorable. Il est d'observation générale, m serait utile de préciser à l'aide des faits, que les climats froids et humides pr posent à la leucorrhée.

Séjour dans les villes ou dans les campagnes. — Le séjour dans les ville universellement regardé comme favorable à la production des flueurs blan tandis que le séjour dans les campagnes serait presque un préservatif. M. Br de Boismont, qui a recueilli et analysé beaucoup de faits, a confirmé par ses o vations la manière de voir générale. Il serait à désirer que de nouveaux vinssent nous apprendre quelle est la part de chacune des causes qui, dai séjour des villes, peuvent avoir leur degré d'influence : tels sont la *vie sédent* les *passions tristes*, l'*abus du coït*, les *excès dans le régime*, etc., circonsta qui ont été toutes signalées, mais sans preuves qui puissent satisfaire un e sévère.

Nous n'avons rien de précis sur l'influence de l'*alimentation habituelle* ; to qu'on a dit relativement à l'usage du lait, du thé, du café au lait surtout, etc. fondé sur des appréciations vagues, qui pourraient bien n'être que des erre Quelques auteurs, et entre autres, dans ces derniers temps, M. Lagneau (Lisfranc (2), disent qu'on peut produire ou suspendre à volonté la leucorrhée faisant prendre du café au lait aux femmes, ou en leur interdisant cet aliment ; ils n'ont pas donné les détails de ces expériences, et il existe trop de causes reur pour qu'on puisse admettre ces assertions comme des faits démontrés.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'*usage des vêtements trop serrés*, et sur des *corsets*. On n'a pas réfléchi que si le séjour des villes a une influence réell est tout naturel que les femmes qui portent les vêtements dont il s'agit soient cipalement affectées, puisque c'est dans les villes qu'on se vêt généralement a

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. LEUCORRHÉE.
(2) *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, t. II, art. LEUCORRHÉE.

On ne peut arriver à reconnaître l'influence réelle de l'*hérédité*, si l'on n'a pas égard en même temps aux autres causes qui ont pu agir, et si l'on se contente de demander aux femmes si leur mère était affligée de la même indisposition ? Aussi, ces précautions n'ayant pas été prises, n'avons-nous aucun renseignement précis sur ce point.

2° Causes occasionnelles.

Nous n'avons guère à signaler de causes occasionnelles dont l'existence soit bien démontrée. Si, en effet, on examine celles qui ont été indiquées par les auteurs, on voit qu'elles ont produit, non une véritable leucorrhée, mais une vaginite, un catarrhe utérin, dans lesquels il existe un certain degré d'inflammation, et qui ne sont pas entièrement constitués par l'écoulement. Nous ne citerons pour exemple que l'action des corps étrangers, comme les pessaires, l'excitation répétée des organes génitaux, l'avortement, etc.

Parmi les causes réelles, il n'en est aucune qui mérite plus de fixer notre attention que l'*apparition des règles*. Des femmes affectées de leucorrhée, il en est bien peu qui ne voient les flueurs blanches augmenter un certain nombre de jours avant et après les règles, et il en est beaucoup qui n'ont leur écoulement muqueux qu'à ces époques. M. Brierre de Boismont a noté que plus de la moitié des femmes chez lesquelles il a trouvé la leucorrhée établie après la première apparition des règles étaient dans ce dernier cas.

On a signalé des leucorrhées *supplémentaires* remplaçant divers flux sanguins ou autres, tels que les hémorrhoïdes, les règles elles-mêmes, les exutoires supprimés, etc. Il reste encore beaucoup de doutes sur l'exactitude de ces observations. Pour arriver à un résultat précis sur ce point, il faudrait les recherches les plus exactes et les plus nombreuses, et surtout il faudrait cesser de confondre les inflammations chroniques avec le simple flux muqueux. Dans un bon nombre de cas on voit, après la suppression des règles, s'établir des flueurs blanches, qui deviennent plus abondantes aux époques où les menstrues devraient apparaître, ce qui annonce une certaine congestion des organes génitaux.

Enfin on a parlé de *leucorrhées épidémiques*. On cite en particulier celles qu'ont fait connaître Morgagni et Bassius (1) ; mais on se demande si, par suite de causes générales, et surtout des variations atmosphériques, il ne serait pas survenu, en pareil cas, un nombre considérable de vaginites, plutôt que de véritables leucorrhées. C'est ce qui eut sans doute lieu dans les circonstances suivantes, mentionnées par Troussel (2) : « C'est ainsi, dit cet auteur, qu'à une certaine époque, à Paris, quand le pont des Arts fut achevé, il devint de mode d'en faire un lieu de promenade et de réunion ; les dames vinrent s'y asseoir, comme dans nos jardins publics, après le coucher du soleil ; aussi furent-elles atteintes par l'air frais et humide du fleuve, qui occasionna une espèce d'épidémie de leucorrhée. » Nous avons cité cet exemple pour prouver combien il est nécessaire d'apporter dans le [illegible] une plus grande précision qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et en même temps pour montrer ce que l'on a entendu jusqu'à présent par le mot de leucorrhée.

(1) *Observ. [illegible]. chir. med.* Halle, 1731.
(2) *Des écoulements particuliers aux femmes*. Paris, 1842.

Troussel, en effet, n'hésite pas à regarder les leucorrhées dont il vient d'être que tion comme de véritables inflammations de la muqueuse des parties génitales.

§ III. — Symptômes.

La leucorrhée, restreinte dans les limites que nous lui avons assignées, ne pr sente pas un grand nombre de symptômes ; cependant il est sous ce rapport qu ques considérations qui ne sont pas sans intérêt.

On ne saurait admettre, avec les auteurs, qu'une douleur réelle des parties gé tales soit un symptôme de la maladie dont il s'agit ; c'est surtout dans ce qu'ils é appelé la leucorrhée aiguë qu'ils ont constaté l'existence de la douleur ; mais nous avons vu qu'on ne peut pas admettre l'existence d'une leucorrhée aiguë. Te dépend donc de la manière de comprendre la maladie. Lorsque les flueurs blanch sont très abondantes, les parties génitales externes, qui sont constamment baign par le liquide excrété, peuvent s'irriter, s'excorier même ; mais ce sont là des co séquences et non de véritables symptômes de la maladie, ainsi que la douleur q en résulte.

La *matière de l'écoulement* est sans contredit ce qu'il importe le plus d'étudie

Suivant Marc d'Espine, qui a examiné plusieurs fois par jour les femmes spéculum, il importe beaucoup de distinguer la matière qui sort de l'utérus celle qui provient du vagin. L'exploration telle que l'a pratiquée ce médecin e donc indispensable. Voici les résultats auxquels il est parvenu (1).

Ecoulement utérin. — « Sur 75 explorations où l'orifice du col s'est trou parfaitement sain, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Ecoulement aqueux.	7 fois.
Ecoulement albumineux transparent.	28 fois.
Ecoulement albumineux demi-transparent ; strié de gris, de blanc ou de jaune.	13 fois.
Ecoulement opaque (blanc, deux fois ; jaune, une fois). . .	3 fois.
Ecoulement albumineux sans autre indication.	2 fois.
Quelques gouttes de sang, huit jours après les règles. . .	1 fois (2).

» Sur 52 explorations où l'orifice du col était entouré d'un cercle rose rou plus foncé que le reste de la muqueuse, mais nullement vif ni saignant, et sa granulations, ni érosions, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux.	3 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent, dont deux striés de jaune et deux de blanc.	14 fois.
Écoulement opaque (deux blancs, deux jaunes).	5 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication.	5 fois.

Sur 9 autres explorations dans les mêmes circonstances, il n'y a eu qu'un écou

(1) *Loc. cit.*, p. 176.

(2) *Nous passons sous silence*, parmi les cas rapportés par Marc d'Espine, ceux où il n'y av *pas d'écoulement, car pour nous ils n'ont pas d'intérêt actuel.*

lement aqueux et un albumineux transparent. Sur 27 autres où le col était entouré d'un *rouge grenu*, l'écoulement aqueux n'existait qu'une fois, et l'écoulement albumineux cinq fois ; et enfin, sur 30 autres où le col était rouge et érodé, l'écoulement aqueux se montrait une fois, et l'écoulement albumineux transparent huit.

Il résulte de ces observations, que l'*écoulement aqueux* et l'*écoulement de matière filante*, transparente, semblable à du blanc d'œuf, l'écoulement albumineux, en un mot, se remarquent dans la moitié des cas où l'orifice est complétement sain, et qu'à mesure qu'on voit des lésions plus ou moins marquées, depuis la simple rougeur jusqu'à l'érosion, se manifester sur l'organe, l'écoulement prend un aspect purulent.

Il y a donc un écoulement utérin assez abondant pour incommoder les femmes, car Marc d'Espine ne parle que de celui-là, qui consiste dans la sécrétion d'un liquide, soit coulant comme de l'eau (écoulement aqueux), soit semblable à du blanc d'œuf. Ce sont là les deux seules formes d'écoulement qu'on doive regarder comme des écoulements muqueux et comme constituant uniquement la leucorrhée, et ces faits répondent à ceux qui voudraient voir toujours, dans cette maladie, autre chose qu'une simple lésion de sécrétion ; car que peut-on trouver, dans les cas dont il s'agit, de plus qu'une augmentation notable du mucus sécrété à l'état normal ?

Nous ne nous dissimulons pas qu'on peut élever quelques objections contre cette manière de voir. On peut faire remarquer que dans des cas où il y avait des lésions évidentes du col, l'écoulement a néanmoins conservé les caractères qui viennent d'être indiqués. Mais rien ne prouve que, dans ces cas, l'écoulement fût une conséquence de ces lésions. On conçoit très bien, en effet, que la rougeur, des granulations et même des érosions puissent exister sur les lèvres du col sans pénétrer dans la cavité où se fait la sécrétion dont il s'agit ici, et on le peut d'autant plus qu'à mesure que nous voyons ces lésions augmenter, et que, par conséquent, il devient de plus en plus probable qu'elles s'étendent à la cavité, l'écoulement se strie de jaune, de blanc, devient opaque et d'aspect purulent.

On pourrait, en outre, objecter que, dans certains cas, le col, conservant un aspect parfaitement sain, l'écoulement est cependant puriforme ; mais on peut répondre encore de la même manière, car c'est dans la partie inaccessible à l'exploration que se produit principalement la sécrétion dont il s'agit. Remarquons d'ailleurs que ces cas sont de beaucoup les plus rares.

Écoulement vaginal. — Si maintenant nous examinons l'écoulement vaginal, nous obtenons des résultats semblables. Lorsque la muqueuse est pâle ou rose, qu'elle a l'aspect sain, la matière de l'écoulement est, dans plus des deux tiers des cas, *blanc crémeux* ou *caséeux*, et à mesure que cette membrane paraît enflammée, il prend l'aspect puriforme.

L'écoulement propre à la leucorrhée est donc pour l'utérus l'écoulement aqueux et albumineux, et pour le vagin l'écoulement crémeux ou caséeux.

En examinant le linge des malades, on trouve des *taches* plus ou moins nombreuses et plus ou moins étendues, suivant l'abondance de l'écoulement. Ces taches sont grisâtres, semblables aux taches spermatiques ; elles donnent au linge une consistance empesée lorsqu'elles sont sèches.

Il résulte *de ce qui précède que la leucorrhée* peut être divisée en *utérine* et *vaginale ; mais il est rare que l'écoulement qui* constitue l'une ou l'autre se mon-

[redacted]

isolé, et souvent les deux liquides se confondent si bien dans le vagin, que la nat de celui qui est produit par les parois de ce conduit est difficile à saisir.

Les éruptions, les excoriations de la vulve, lorsque l'écoulement est très ab dant, ne sont, comme nous l'avons dit plus haut, que de simples conséquence l'affection.

Symptômes généraux. —Les symptômes généraux de la leucorrhée sont en port direct, et avec l'abondance de la perte, et avec sa durée. Ainsi, lorsqu perte est peu abondante, et surtout lorsqu'elle ne se produit qu'aux époques ma truelles, la santé générale peut rester intacte. Si, au contraire, l'écoulement très abondant, et surtout s'il existe depuis longtemps, on observe l'état suiva Les femmes sont languissantes et se fatiguent aisément, la face pâlit, et devi même terne lorsque le mal est à son plus haut degré. En même temps les ch sont molles et flasques; il y a un certain degré d'amaigrissement dû non-seulem à la perte muqueuse, mais encore au trouble des fonctions digestives dont n allons parler tout à l'heure.

Les malades sont, en outre, sujettes à des accidents nerveux très variés. E sont ordinairement très irritables, éprouvent une gêne plus ou moins marq de la respiration, parfois même des palpitations. Il en est qui sont sujettes à céphalalgie.

Du côté de l'estomac, on observe des phénomènes importants qui appartienn à la *gastralgie*, et dont nous nous sommes occupé en parlant de cette maladie Ce sont des douleurs plus ou moins vives à l'épigastre, des tiraillements, l'app diminué et parfois augmenté, des goûts bizarres, etc. Les malades sont égalem sujettes aux douleurs intestinales; elles ont fréquemment des borborygmes, c constipation; en un mot, les signes si divers de l'*entéralgie* se font remarquer.

M. Brierre de Boismont a cité un grand nombre de faits qui prouvent le *port qui existe entre les flueurs blanches et la menstruation.* Il a trouvé que, les femmes qui ont présenté la leucorrhée avant la première menstruation, c ci avait été en général retardée, et que, chez un grand nombre, la leucor coïncidait avec des règles irrégulières, pénibles, et parfois avec leur suppress Il resterait à indiquer d'une manière précise quelle est l'influence réciproque menstruation et des flueurs blanches.

On a constaté qu'un certain nombre de femmes affectées de leucorrhée d naient *anémiques* ou *chlorotiques ;* mais il faudrait savoir si, en pareil cas, on attribuer à la leucorrhée l'anémie ou la chlorose, s'il ne faut en accuser que troubles de la menstruation, ou bien s'il faut voir dans la leucorrhée, l'anémi chlorose et les troubles de la menstruation, autant de phénomènes morbides a dépendance d'un état général préexistant.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie a une *marche* essentiellement chronique. Dans les cas non dout elle s'établit insensiblement, arrive par degrés à son summum, et persiste ens avec des variations plus ou moins grandes, suivant des circonstances très dive

(1) *Voyez tome III, p. 768, Maladies de l'estomac.*

parmi lesquelles il faut particulièrement signaler la menstruation, qui augmente la quantité du flux muqueux. Nous avons également parlé de la *marche intermittente* qu'affecte souvent la leucorrhée. Elle se manifeste deux, trois, quatre jours avant les règles, et plus encore ; puis elle est masquée par l'écoulement sanguin, et s'observe de nouveau un nombre de jours à peu près égal après l'écoulement menstruel. Il est rare que l'apparition du flux muqueux n'ait lieu qu'avant ou qu'après les règles seulement. Cependant on en voit quelquefois des exemples.

La *durée* de cette affection est illimitée. Néanmoins il n'est pas très rare, d'après les auteurs, de la voir cesser après l'époque critique ; mais c'est un point qui exige de nouvelles recherches.

Bien que les symptômes généraux décrits plus haut puissent devenir assez graves, il n'est pas d'exemple de *terminaison* funeste occasionnée par la leucorrhée. Seulement l'affaiblissement, la détérioration de la constitution dans laquelle les femmes se trouvent par suite de pertes abondantes et de longue durée, les placent dans de fâcheuses conditions pour résister aux maladies qui peuvent survenir.

[Scanzoni et la plupart des médecins allemands sont disposés à croire que la leucorrhée persistante peut amener à sa suite la métrite chronique, les fongosités utérines, la formation de corps fibreux dans les parois de la matrice, enfin toutes les affections qu'ils désignent sous la dénomination de *néoplasmes* ; car, disent ces médecins, on ne saurait concevoir la leucorrhée sans un certain degré d'exagération de la circulation utérine. Il serait important de vérifier cette opinion, car, bien qu'elle n'ait pas encore beaucoup de partisans en France, elle pourrait être fondée.]

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Si la perte s'est produite lentement, sans signes d'inflammation, si elle a persisté longtemps ; si, à l'examen à l'aide du spéculum, *qui est toujours nécessaire*, on trouve le vagin et le col à l'état sain, et en même temps, soit un écoulement aqueux ou albumineux venant de l'utérus, soit un écoulement blanc crémeux produit par la muqueuse vaginale, soit l'un et l'autre, ce qui est plus fréquent, on ne peut douter qu'il n'y ait une simple leucorrhée.

Si les écoulements que nous venons d'indiquer existent avec des lésions du col ou de la muqueuse vaginale, ce qu'on ne voit que dans une faible minorité des cas, on a bien des motifs de regarder encore la maladie comme une simple leucorrhée, et les lésions comme des complications.

Si, au contraire, l'écoulement est puriforme, il faut le considérer comme inflammatoire, et voir dans la maladie une vaginite, car rien, dans l'état actuel de la science, ne nous autorise à penser que le pus ou le muco-pus puisse se former en l'absence de toute inflammation.

Il est un point qui, au premier abord, paraît plus difficile à décider. Une femme a eu une vaginite ou une blennorrhagie bien évidente ; au bout d'un certain temps, l'écoulement passe à l'état chronique et finit par prendre l'aspect dont nous avons parlé plus haut. Doit-on voir, dans un cas pareil, une prolongation de l'inflammation, et alors même que l'écoulement est albumineux ou crémeux et que les parties sont à l'état normal, faut-il *considérer l'affection* comme une vaginite chro-

[redacted]

nique? Sans doute lorsque la maladie est, pour ainsi dire, sur la limite d'un é à l'autre, on peut être embarrassé. Mais lorsque l'écoulement muqueux est bi établi, on ne saurait hésiter à regarder la maladie comme une simple leucorrh Une pareille transformation, due sans doute à la longue habitude d'une sécréti anormale, n'a rien, en effet, qu'on ne puisse facilement comprendre.

La distinction des écoulements vaginaux d'avec ceux qui viennent de la cav utérine est pour la pratique d'une importance incontestable. Pour arriver à ce d gnostic différentiel, sans recourir au spéculum, dont l'emploi peut rencontrer vives résistances, le docteur Reclam (1) a étudié comparativement les *taches* p duites sur le linge par le mucus vaginal et par le mucus utérin. Voici le résul de ses recherches : Le *produit de sécrétion de l'utérus* est vitreux ; il est épa gélatiniforme, filant; il colle au doigt et montre à l'examen microscopique grand nombre de ces corps qu'on décrivait jusqu'à ce jour sous le nom de *globu muqueux*. Le *mucus vaginal* est plus opaque, plus fluide; il est blanc (excep pendant les règles), crémeux ; le microscope y fait découvrir non-seulement u grande quantité de cellules épithéliales, mais encore de petits lambeaux de mem brane muqueuse; quelquefois même on aperçoit ces lambeaux à l'œil nu. L'ode ordinaire et bien connue de ce mucus est elle-même changée et devenue sem blable à celle du savon blanc. Les *taches* produites sur le linge *par le mucus u rin* sont dures, arrondies pour la plupart, brillantes (comme des taches de gom arabique sur du papier), légèrement grisâtres ou rougeâtres. Les *taches* faites p le *mucus vaginal* ressemblent plutôt à celles que produit l'écoulement lochial v la fin des couches; elles sont larges, mal circonscrites, n'ont généralement pas brillant et sont toujours d'un gris sale ou brunâtre.

Ces signes caractéristiques cessent de pouvoir être appréciés avec quelq exactitude dans le cas où la malade se livre à un exercice considérable, dans ce où le linge qu'on examine a été porté pendant plus d'un ou de deux jours plus, etc.

Nous n'avons rien à ajouter, relativement au *pronostic* considéré d'une mani générale, à ce que nous avons dit plus haut à propos de la terminaison de la n ladie. Nous nous bornerons à dire ici que plus la maladie a duré, moins on a chances de la faire disparaître, et que lorsque la constitution paraît détériorée, q l'écoulement par conséquent est continu et abondant, on a de grands motifs craindre que les traitements les plus actifs n'échouent.

§ VI. — Traitement.

Le *traitement* de la leucorrhée devait nécessairement se ressentir du peu de pr cision avec laquelle on a défini la maladie. Dans les descriptions des auteurs, ri qui s'applique à un état déterminé : tantôt il s'agit de blennorrhagies aiguës ou chr niques; tantôt de vaginites par excitation directe; tantôt de véritables flux mu queux, sans que le plus souvent il soit possible de savoir ce qui s'applique à l'un à l'autre de ces divers états.

Considéré d'une manière générale, le traitement de la leucorrhée est différe

(1) *Neue Zeitung für Medicin und medicinal-Reform*. Nordhausen, novembre 1848.

suivant l'intensité et la durée de la maladie. Ainsi, lorsque la maladie est légère, on se contente d'un traitement local qui consiste dans des *injections astringentes* (avec le *sulfate de zinc*, l'*acétate de plomb*, la *noix de galle*, le *tannin*, etc.). Lorsque, au contraire, l'affection dure depuis longtemps, que l'écoulement est abondant, et que les malades sont notablement débilitées, on a recours en même temps à un traitement général où figurent les *toniques*, les *amers*, les *ferrugineux*.

Cela posé, présentons quelques moyens particuliers dont l'application peut être utile.

Toniques. — Le *quinquina* est de tous les toniques celui dont on fait le plus fréquent usage ; on le donne seul ou associé à d'autres substances. Voici la formule conseillée par le docteur Formey (1) :

℞	Alun	àà 2 gram.
	Fleurs de sel ammoniacal martiales	
	Extrait de quinquina préparé à froid	
	Poudre aromatique	
	Huile de cannelle	12 gouttes.

F. s. a. des pilules de 0,10 gram.

Dose : de cinq à dix, matin et soir.

Tissot recommandait une préparation dont le quinquina fait partie, et qu'il désignait sous le nom d'*électuaire antileucorrhéen*. En voici la formule :

℞ Poudre de quinquina..... 15 gram. | Poudre de cachou.............. 4 gram.
— de macis........ 4 gram.

Mêlez et incorporez dans :

Électuaire de roses rouges.... 45 gram. | Essence de cannelle .... 2 gouttes.
— de romarin........ 15 gram.

Ajoutez :

Sirop d'épicarpes d'oranges............... Q. s.

Dose : 4 grammes matin et soir.

Un *régime* substantiel, l'usage du vin de Bordeaux en petite quantité favorisent le traitement tonique.

Ferrugineux. — La *limaille de fer*, le *carbonate*, le *sulfate*, etc., ont été tour à tour employés, sans que les expériences aient été faites de manière à nous apprendre si un de ces moyens réussit mieux que les autres.

Le *sirop chalybé* de Willis a joui d'une assez grande réputation ; il est préparé comme il suit :

℞ Sulfate de fer.................... 1 partie.

Dissolvez dans :

Eau bouillante.................... 8 parties.

Filtrez, et faites fondre dans le liquide :

Sucre blanc.............. 16 parties. | Gomme arabique en poudre. 2 parties.

Dose : de 30 à 60 grammes par jour.

(1) Voy. Mest, *Encykl.*, t. II.

Balsamiques. — On a beaucoup vanté l'efficacité de divers baumes, comme le *copahu*, les *baumes du Pérou, de Tolu*, la *térébenthine de Venise.* Walsh associait cette dernière substance au fer et à d'autres médicaments, dans les pilules suivantes qui ont eu de la célébrité :

℞ Térébenthine de Venise... } ãã 8 gram.
Extrait de gentiane...... }
Gomme kino............ } ãã 6 gram.
Sulfate de fer............ }

Mêlez. Faites des pilules de 0,10 gram. Dose : quinze, trois fois par jour.

Le *baume de copahu* s'emploie de la manière qui a été indiquée à l'article *Blennorrhée.* Lorsque l'estomac ne peut pas le supporter, on a conseillé de mettre en usage le *suppositoire* suivant :

℞ Baume de copahu solidifié. } ãã 4 gram.
Beurre de cacao......... }
Extrait d'opium........... 0,02 gram.

Employer ce suppositoire matin et soir.

Les baumes du Pérou et de Tolu sont employés à des doses variables que le médecin fixe suivant les cas. Le docteur Lhéritier (1) a beaucoup vanté l'emploi du *styrax*, qu'il prescrit, soit en *pilules*, soit sous forme de *sirop*, ainsi qu'il suit :

Pilules de styrax.

℞ Styrax purifié............ 30 gram. | Poudre de réglisse........... Q. s.

Mêlez. Faites des pilules de 0,40 gram. Dose : d'abord trois, puis progressivement jusqu'à six, matin et soir.

Sirop de styrax.

℞ Styrax liquide...................... 60 gram.

Faites digérer pendant douze heures dans :

Eau simple.......................... 1000 gram.

Passez, filtrez et faites fondre :

Sucre.............................. 2000 gram.

Dose : de quatre à six cuillerées par jour.

Poivre cubèbe. — L'administration du poivre cubèbe ne présente rien qui n'ait été suffisamment indiqué aux articles *Blennorrhagie* et *Blennorrhée;* il serait inutile d'y revenir ici.

Iode. — L'opinion que les flueurs blanches attaquent principalement les femmes d'un tempérament lymphatique a dû nécessairement engager à avoir recours à l'iode. Aussi bon nombre d'auteurs ont-ils préconisé ce médicament; on peut voir à l'article *Scrofules* (tome Ier, p. 392) comment il convient de l'administrer. Nous nous contenterons d'indiquer ici quelques préparations spécialement dirigées

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1832.

[redacted]

e la maladie qui nous occupe. Pierquin a vanté l'efficacité de la *teinture* *riodate de fer* dont voici la formule :

ıdure de fer.............	8 gram.	Eau pure..................	64 gram.
lcool rectifié............	64 gram.		

: *quinze* ou *vingt gouttes* dans la journée, dans une *infusion de saponaire*, de etc.

nême auteur recommande les *tablettes d'hydriodate de fer* préparées ainsi uit :

ydriodate de fer.........	4 gram.	Sucre pulvérisé.............	250 gram.
afran pulvérisé..........	16 gram.	Mucilage de gomme adragant...	Q. s.

s deux cent quarante tablettes. Dose : de *huit à dix par jour*.

gle ergoté. — L'action spéciale du seigle ergoté sur l'utérus a engagé à le en usage contre les flueurs blanches, et l'on a cité des cas où il a été pres- ec succès. Le docteur Dufresnois vante l'efficacité de l'élixir suivant :

eigle ergoté bien sec.....	16 gram.	Essence de menthe..........	4 gouttes.
lcool à 25 degrés.......	120 gram.	Eau pure..................	Q. s.
ucre blanc............	120 gram.		

s macérer le seigle ergoté dans l'alcool pendant dix-huit heures ; filtrez et mettez cette e de côté. Ensuite faites bouillir deux fois le résidu resté sur le filtre, et collez. Rédui- colatures à 240 grammes, au bain-marie ; faites dissoudre le sucre, et laissez refroidir. : alors la teinture alcoolique d'abord obtenue, et l'essence de menthe. Mêlez, filtrez et rez pour l'usage. Dose : *trois cuillerées* par jour.

ıs avons cité cette formule parce qu'elle a à la fois une action tonique et n spéciale du seigle ergoté. Mais le plus souvent on emploie l'ergot de seigle comme dans la métrorrhagie où nous le retrouverons.

sabine, qui a également une action spéciale bien connue, a été aussi mise en , surtout dans les cas où les règles sont supprimées, et où les flueurs blanches sent les avoir remplacées.

:dekind en avait déjà fait connaître les avantages en pareil cas ; Gunther et r imitèrent cette pratique, et il y a quelques années M. Aran (1) a fait con- des observations de M. Fantonetti (2) qui démontrent les bons effets de cette ance.

ı administre la poudre en pilules à la dose de 30 à 50 centigrammes, rare- plus, trois fois par jour. Son action est très prompte.

ı a aussi prescrit la préparation suivante :

Sabine.................	8 gram.	Extrait aqueux d'aloès......	1,25 gram.
Fer en poudre...........	4 gram.	Mucilage de gomme adragant.	1,50 gram.

lez. Faites des pilules de 0,10 gram. Dose : de trois à quatre, deux ou trois fois par

ıfin nous pourrions citer les *astringents*, comme l'*alun*, l'*acétate de plomb*,

(1) *Gazette des hôpitaux*, décembre 1845.
(2) *Annali univ. di medicina*.

le *tannin*, l'*extrait de ratanhia*, la *décoction de racine d'aunée* recommandée p
Delens, qui a cité à l'appui un cas peu concluant, parce que l'état de la mala
n'est pas suffisamment décrit; l'infusion de *busserole*, de *millefeuille ;* l'*acide h
drochlorique ;* le *colchique*, la *noix vomique ;* la *ciguë*, qui a sans doute été pr
crite dans des cas où l'écoulement était dû à une affection organique, etc. On n'
finirait pas si l'on voulait donner la liste complète des médicaments proposés,
malheureusement le plus souvent sans que leur degré d'action puisse être suf
samment apprécié. C'est pourquoi nous nous contenterons de citer, avant de pass
au traitement local, la formule suivante proposée par Rust, et qui contient des su
stances de nature très diverse :

℞ Bol d'Arménie.......... Hydrochlorate de magnésie.	ãã 24 gram.	Oléo-saccharure de macis.. 24 gram.
		Rhubarbe en poudre...... 1,25 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Dose : une cuillerée à thé, trois fois par jour.

Traitement local. — En même temps qu'on fait prendre ces remèdes à l'int
rieur, on prescrit généralement un traitement local plus ou moins actif, et q
consiste principalement en injections avec la plupart des diverses substances q
viennent d'être passées en revue.

Injections diverses. — Les injections avec 0,03 à 0,10 *gram. de nitr
d'argent par* 30 *grammes d'eau* sont assez fréquemment mises en usage. M
dans cette prescription les auteurs ont eu principalement en vue les blennorrhagi
chroniques, en sorte qu'il serait impossible de se prononcer rigoureusement sur
valeur de ce moyen dans les cas particuliers dont nous nous occupons. Dans u
communication à l'Académie des sciences (1), M. Legrand a vanté les bons eff
d'une pommade au nitrate d'argent (de 1 à 5 centigrammes de sel pour 1 gram
de cérat sans eau) qu'on porte dans le vagin avec le doigt introduit dans un nou
de linge où se trouve le médicament. Rien ne prouve que ce moyen ait plus d'ef
cacité que les injections.

M. Nélaton (2) se sert avec beaucoup de succès des injections avec le *sulfate d
cuivre* faites comme il suit :

℞ Sulfate de cuivre.......... 1 gram. | Eau.................... 400 gram.

Une injection matin et soir.

Girtanner employait la *potasse caustique* en solution de la manière suivante :

℞ Potasse caustique....... 0,30 gram. | Opium pur.............. 0,20 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau pure............... de 300 à 600 ou 900 gram.

suivant qu'on veut agir avec plus ou moins d'activité.

(1) *Séances de l'Académie des sciences*, 27 octobre 1846. Voy. *Union médicale*, ma
1847.

(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er décembre 1852.

[redacted]

Pringle recommandait l'injection suivante :

℞ Sulfate de zinc............ 8 gram. | Alun calciné............. 8 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau pure......................... 500 gram.

Baume de copahu. — M. Taddei (1) emploie en injections, jusqu'à 150 grammes [de b]aume de copahu uni à 260 grammes d'émulsion d'huile d'amandes douces et [de g]omme arabique. Il faut, pour que ces injections réussissent, que le liquide [so]it en contact avec toute l'étendue de la muqueuse vaginale, et par conséquent [qu]'elles soient faites, les malades étant couchées sur le dos, les jambes et les cuisses [flé]chies.

Les injections avec l'*ammoniaque étendue d'une grande quantité d'eau* (2), [av]ec une solution de *borax*, de *sulfate de soude* (Trousseau) ; avec le *chlorure de [cha]ux*, l'*eau de chaux*, la décoction de *noix de galle*, d'*écorce de chêne*, de [*feu*]*illes de noyer*, ont été également pratiquées.

Le docteur Reclam (3), après avoir énuméré les différents moyens employés [con]tre le catarrhe utérin, depuis les injections d'eau jusqu'au fer rouge, rejette [tou]tes ces médications comme *maladroitement systématiques*, et en propose une [qu]i s'adresse, selon lui, à la cause même du mal. Voici en quoi elle consiste : [Ayan]t admis que « les écoulements utérins reconnaissent pour origine un état par[ticu]lier des nerfs de la matrice, c'est à ces derniers que la thérapeutique doit [s'a]dresser. Or, les nerfs de l'utérus viennent du plexus hypogastrique ; le vagin, au [con]traire, emprunte quelques filets aux troisième et quatrième paires sacrées. [Ma]is, poursuit l'auteur, nonobstant cette particularité anatomique, tous les prati[cie]ns connaissent l'influence réciproque que les nerfs de la queue-de-cheval et les [or]ganes génitaux exercent les uns sur les autres. » Aussi a-t-il été conduit à appli[qu]er les *moyens révulsifs* vers la partie inférieure du canal vertébral.

Nous verrons, aux articles *Dysménorrhée* et *Névralgie utérine*, la raison des [su]ccès obtenus par Reclam et par M. Mitchell, qui emploie, comme on va le voir, la cautérisation lombaire au fer rouge dans les mêmes circonstances. Nous avons [s]ignalé, en effet, la *névralgie lombo-utérine* comme une cause de leucorrhée, et c'est en guérissant la névralgie par ces moyens qui lui conviennent si bien, que ces [a]uteurs ont guéri les écoulements utérins. Ces faits sont donc une confirmation éclatante de ce que nous avions annoncé, et nous verrons que d'autres médecins, et entre autres MM. Malgaigne et Beau, sont arrivés à des résultats analogues.

Cautère actuel. — M. le docteur Mitchell (4) a guéri un grand nombre de ma[la]des affectées de *leucorrhée utérine* ou de *dysménorrhée* par l'*application du cautère actuel à la région lombaire*. Ces faits ne surprendront pas le lecteur s'il se rappelle ce que nous avons dit relativement aux douleurs névralgiques lombo-[a]bdominales, qui simulent les maladies de l'utérus, et aux écoulements qu'elles

(1) *Bolletino delle scienze mediche di Bologna*, 1817.

(2) Mérat et Delens, *Dictionn. universel de mat. méd. et de thérapeutique*. Paris, 1829, t. I. p. 235.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Dublin med. Press*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, février 1847.

déterminent. Depuis que nous avons fixé l'attention sur cette forme complétem méconnue de la *névralgie utérine*, les faits qui paraissent le plus inexplical s'expliquent avec la plus grande facilité; mais M. Mitchell ne savait pas enc qu'il avait affaire uniquement à une névralgie lombo-abdominale, avec irradiat vers l'utérus, et congestion ainsi que leucorrhée consécutives; autrement il au vu qu'il guérissait la maladie comme on guérit les autres névralgies, en cautéris les sources de la douleur.

Constatons néanmoins que dans ces faits, qui confirment si bien ceux que n avons rapportés nous-mêmes (1) et ceux que, plus tard, M. Malgaigne (2) a connaître, le traitement a eu un succès remarquable contre un mal regardé com très rebelle par tous les pathologistes. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que la *cau risation superficielle du col lui-même* a les mêmes avantages, sans avoir les inc vénients de ces cautérisations lombaires, et que l'*incision des lèvres du col*, f par M. Malgaigne, n'a pas moins bien fait cesser la maladie. Nous reviendrons ces faits à propos de la *névralgie utérine*. Quant à présent nous nous borner à exposer la manière d'agir de M. Mitchell.

Après avoir chauffé le bouton de cautère avec une lampe à alcool, il l'appli à coups répétés sur la peau du dos : il prolonge d'autant plus le contact, que le est moins chaud. Il a l'habitude de toucher les téguments de la région lombai douze places distinctes, quatre de chaque côté, et quatre sur les apophyses (neuses mêmes.

M. Mitchell a employé cette méthode plus de soixante et dix fois déjà dans cas de leucorrhée utérine, d'hystérie et de dysménorrhée, se rattachant à c affection. Plusieurs de ces malades avaient des douleurs lombaires telles, qu'e ne pouvaient marcher. Chez toutes, la leucorrhée utérine était ancienne et a résisté à divers moyens thérapeutiques. Presque toutes ont guéri, la plupart ap une seule application.

La douleur est l'élément morbide qui cède le plus rapidement à cette médicati et jamais le succès n'est plus certain que lorsque cet élément prédomine, ce d on s'assure en pressant le museau de tanche [avec le doigt. Lorsqu'il y a des g nulations au col, il est quelquefois besoin de toucher celui-ci avec le nitrate d gent; mais la douleur a déjà cédé à l'application seule du cautère actuel.

On le voit, il n'y a rien là que de confirmatif de tout ce que nous avons ava sur les douleurs névralgiques de l'utérus simulant une affection organique.

Traitement prophylactique. — Plusieurs auteurs se sont occupés du traitem prophylactique, mais ils se sont bornés à donner des conseils qui n'ont d'autre l que les opinions qu'ils s'étaient faites sur l'influence des diverses causes énumé plus haut. Il suffit, par conséquent, de dire d'une manière générale que l'éloig ment de ces causes constitue le traitement prophylactique. Nous ajouterons se ment que le séjour à la campagne, l'insolation, l'usage de légers toniques, amers, une nourriture saine et succulente, sont parmi les moyens préservat ceux qu'on emploie de préférence.

(1) *Bulletin général de thérapeutique.*
(2) *Revue médico-chirurgicale.*

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Traitement général. — Toniques, ferrugineux, balsamiques, styrax, poivre be, iode, seigle ergoté, sabine, astringents, moyens divers.

Traitement local. — Injections, caustiques, astringents, révulsifs, cau-, etc.

raitement prophylactique.

CHAPITRE III.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

[Nous décrirons les maladies de l'utérus dans l'ordre suivant : *Aménorrhée*, *ménorrhée*, *métrorrhagie*, *congestions utérines*, *métrite puerpérale*, *métrite terne* ou *du col*, *métrite interne* ou *catarrhe utérin*, *fongosités utérines*, *méite parenchymateuse* et *engorgements*, *hypertrophie de l'utérus*, *hypertrophie u col*, *cancer*, *physométrie*, *hydrométrie*, *ruptures*, *névralgies de l'utérus*. Les *déviations* de cet organe seront traitées dans le chapitre suivant.]

ARTICLE PREMIER.

AMÉNORRHÉE.

[L'écoulement du sang menstruel n'est qu'un phénomène secondaire et qu'un ment accessoire de l'importante fonction physiologique de l'*ovulation*. L'ovulation peut s'accomplir sans en être accompagnée, et la fécondation peut aussi avoir lieu; mais il paraît évident, néanmoins, que la fonction n'est réellement complète que par l'écoulement d'une certaine quantité de sang, lequel écoulement, à titre de moyen de déplétion, et en quelque sorte de soupape de sûreté, pare aux dangers éventuels de la congestion utéro-ovarienne. Or, dans le fait désigné sous le nom d'*aménorrhée*, on devrait distinguer deux cas : celui où l'absence d'ovulation entraîne l'absence de congestion utérine et d'écoulement du sang, et celui où l'ovulation s'effectue, mais n'est accompagnée que d'une congestion insuffisante pour donner lieu à l'hémorrhagie menstruelle. Malheureusement, cette distinction n'a pas été faite, et, sans doute, elle serait difficile; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle serait essentiellement pratique, car il y aurait lieu de soustraire aux efforts de la thérapeutique les cas de la première espèce, dans lesquels l'aménorrhée dépend de l'absence de *ponte ovulaire périodique*. Ces cas répondent, en effet, à une suppression de fonction et n'ont rien de commun avec ceux où la fonction essentielle persiste, moins un de ses accompagnements d'un rang secondaire. Si nous posons la question avec le regret de ne pouvoir pas tenir compte d'une distinction aussi essentielle, nous espérons toutefois qu'elle pourra être élucidée par quelques observateurs.

Mais nous sommes étonné de voir que, dans la question de l'aménorr auteurs n'aient tenu aucun compte de la *menstruation tardive* et de la *sup prématurée de la menstruation*. Scanzoni seul (1) a complété par cette étı position de ce sujet, et nous nous plaisons à reconnaître l'emprunt que n sons à son remarquable ouvrage, en parlant de ces deux points.

1° MENSTRUATION TARDIVE.

Dans les climats tempérés, on peut établir que la menstruation ne s'eff moyenne que vers l'âge de quinze ans; mais on ne saurait toutefois co comme pathologiques les cas où elle est retardée jusqu'à dix-sept ans et mê M. Brierre de Boismont a noté les âges suivants sur un relevé de 1200 fen

918	avaient été réglées avant l'âge de		17	ans.
127	ne l'étaient pas encore à l'âge de		17	—
90	—	—	18	—
35	—	—	19	—
30	—	—	20	—

Or, tant qu'il n'y a aucun phénomène morbide dans les cas de retard, on pas dire qu'il y a aménorrhée, et l'on peut ainsi considérer comme sans d retard de l'apparition des règles jusqu'à l'âge de vingt à vingt et un ans (Mais, dans le cas contraire, il faut savoir reconnaître une influence pertu et la traiter en conséquence.

Parmi les causes de la menstruation tardive, il faut noter le *retard du d pement* des organes sexuels internes, les *maladies prématurées des ovair l'utérus*, la *chlorose* et les *diathèses scrofuleuse* et *tuberculeuse*. Dans la de ces cas, les signes de la puberté sont tardifs eux-mêmes, et il ne sau douteux que l'ovulation n'a pas lieu; il y a inaptitude à la génération.

Mais, dans d'autres circonstances, la fonction est seulement incompl l'absence de l'un de ses éléments, l'écoulement sanguin; l'ovulation se f malgré le défaut des règles, la conception est possible. Scanzoni cite le vant : Une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, chlorotique et *non encore* mourut d'une pneumonie. A l'autopsie, on trouva dans l'ovaire une vésicule (qui s'était rompue peu de temps auparavant et contenait un caillot de sang frais. De plus, les deux ovaires présentaient un grand nombre de cicatrices certains de tout autant de ruptures vésiculaires antérieures. Nous avon nous-même une dame qui ne fut jamais réglée, qui eut trois enfants et mou berculeuse vers l'âge de trente ans.

Le diagnostic de la menstruation tardive est assurément très difficile relati au point de savoir si l'ovulation existe ou n'existe pas. Cependant il est que dans le premier cas, il doit y avoir développement pubère manifeste, riodiquement, des accidents indiquant la congestion utéro-ovarienne ; dans cas, ces manifestations doivent manquer.

(1) *Maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858, p. 263 et suiv.

a retard pur et simple de la menstruation, nous croyons que le médecin bstenir de tout traitement. Si, au contraire, les signes de puberté et de on utérine se manifestent, il faut, par des moyens appropriés, aider à nent du sang, car la congestion de l'utérus, non dissipée par un flux san- urrait devenir cause de lésions inflammatoires ou d'altérations chroniques us et des ovaires.

2° CESSATION PRÉMATURÉE DES RÈGLES.

gles, au lieu de se supprimer entre l'âge de quarante-cinq à quarante- peuvent se suspendre beaucoup plus tôt; et il convient de ne pas cher- tablir une fonction arrivée ainsi anormalement à son terme.
it soupçonner cette suppression prématurée, dans les conditions suivantes : ablissement de la menstruation a été hâtif; 2° s'il y a eu une maladie ébilitante, et une convalescence prolongée; 3° dans les cas d'accouche- mbreux et prolongés, qui sont une cause de prompte flétrissure des or- nitaux; 4° si la ménopause est habituellement prématurée dans les ascen- question d'hérédité.
ue dans le cas précédent le diagnostic est difficile; mais il s'éclaire surtout as où il n'y a pas de congestion périodique de l'utérus, et dans ceux où il nt aucun trouble local ou général par suite de la suppression des règles. ons pouvoir ajouter que l'on tire encore des signes importants des mo- de la constitution, du tempérament et du caractère. Si la ménopause bien que prématurée, la santé s'affermit; quelques femmes maigris- tres engraissent; le tempérament change; enfin le caractère devient plus s viril; la femme est devenue un être neutre.]

3° AMÉNORRHÉE PROPREMENT DITE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

tous les auteurs s'accordent à donner le nom d'*aménorrhée* à l'absence, ssion ou à la simple diminution des règles. Cette définition doit être ulement dans cet article nous ne nous occuperons que de l'aménorrhée ie.
aladie a reçu encore les noms de *defectus menstruorum*, *suppressio um*, *amenorrhœa*, *menostasia*. Dans les limites que nous lui avons po- ne peut pas être regardée comme fréquente, tandis que si on la consi- manière générale, c'est un des états morbides qui se montrent le plus

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

resque entièrement exclu de cette description l'aménorrhée symptoma- s avons peu de chose à dire des causes prédisposantes, qui d'ailleurs onnues. Dans les espèces qui nous restent, la cause occasionnelle est, en

effet, presque toujours suffisante pour produire la suspension de la menstruatio

Les recherches de Marc d'Espine (1) et de M. Brierre de Boismont ont prou que la *leucorrhée* retarde parfois notablement l'apparition des règles. On peut r garder ce retard comme une aménorrhée passagère, d'autant plus que ce n'est p sans un certain nombre de symptômes qu'il a lieu dans beaucoup de cas.

L'*abus du coït* est une cause qui peut être regardée à la fois comme prédisp sante et comme occasionnelle. Parent-Duchâtelet (2) a vu, dans ses relevés, q les filles publiques étaient sujettes à des alternatives d'aménorrhée et de métr rhagie auxquelles on ne pouvait pas attribuer d'autre cause.

Enfin on a dit que l'aménorrhée est plus fréquente dans les villes que dans campagnes : mais il faut reconnaître que c'est principalement à l'aménorrhée sy ptomatique que s'applique cette observation.

On voit que nous ne parlons ni du tempérament lymphatique et scrofuleux, du tempérament nerveux, ni de l'habitation dans les lieux humides, de la ma vaise nourriture, etc., etc. ; ces causes n'agissent, en effet, qu'en détériorant la co stitution, en altérant le sang, en produisant des maladies chroniques, et en par cas, l'aménorrhée n'est qu'un épiphénomène qui ne mérite pas d'être considé comme une maladie particulière.

2° Causes occasionnelles.

Personne n'a mieux recherché les causes occasionnelles de l'aménorrhée p suppression, que M. Brierre de Boismont (3) ; aussi lui emprunterons-nous grande partie les détails suivants : « On peut, dit-il, réduire à trois chefs l'ord suivant lequel se manifeste cette aménorrhée. Les causes sont *physiques*, *moral* *inconnues*. Voici, dans les 190 observations que nous avons recueillies, comm les faits sont divisés :

Causes	physiques.	68
—	morales.	92
—	inconnues.	30

» De toutes les causes physiques, la plus fréquente est l'*action du froid.* l règles s'arrêtent par l'immersion des pieds, des mains, du corps, *dans l'* *froide.....* La suppression d'un vêtement habituel, le *refroidissement lorsqu* *est en sueur*, déterminent cet accident. La *suppression de la sueur des pied* produit plusieurs fois l'aménorrhée. Cette cause a été indiquée par le docteur M dière, dans le mémoire qu'il a publié sur cet intéressant sujet.

» Les *coups*, les *chutes*, les *travaux*, les *indigestions*, les *fatigues*, l'*abus* *médicaments* sont encore au nombre des causes que nous avons observées, m leur action est bien plus circonscrite. Il y a des femmes chez lesquelles l'*usage* *garnitures* amène la suppression des règles.....

» Les *causes morales* sont peut-être plus nombreuses que les précédentes.

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XI, p. 5, 305.
(2) *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3e édition. Paris, 1837, t. I, p. 232.
(3) *De la menstruation*. Paris, 1842, p. 302.

[redacted]

eur, la frayeur, les grandes émotions, la colère, sont celles qui agissent le plus ordinairement. Les *passions* entraînent aussi très souvent l'aménorrhée. Stahl (1) est d'avis que l'aménorrhée produite par les causes morales, et surtout par la *peur*, est une des plus fréquentes. »

On regrettera sans doute que M. Brierre de Boismont n'ait pas continué dans cette exposition l'analyse numérique qu'il avait commencée ; il aurait donné un plus grand intérêt à cette étiologie.

Nous n'avons pas parlé de l'absence ou des vices de conformation de l'utérus, parce que ces circonstances, intéressantes pour le physiologiste, le sont très peu pour le praticien.

On a vu que, dans un nombre assez considérable de cas, l'aménorrhée a lieu sans cause appréciable. Ces cas sont ceux dans lesquels on n'observe d'abord qu'une simple diminution du flux menstruel, portant soit sur son abondance, soit sur sa durée, soit, ce qui est plus ordinaire, sur l'une et l'autre à la fois.

Il résulte de ce qui vient d'être dit que la cause habituelle de l'aménorrhée produit ordinairement une suppression subite des menstrues.

On ne peut regarder comme des aménorrhées réelles que les cas où les règles, après s'être supprimées dans le cours d'une époque menstruelle, ne se reproduisent pas à une ou plusieurs des époques suivantes. S'il en était autrement, il n'y aurait qu'une suppression *passagère* dont l'importance serait moins grande.

René Vanoye (2) a cité un cas dans lequel l'aménorrhée était évidemment due à la présence de *vers lombrics dans les intestins*. Quelques vers ayant été rendus à la suite de l'emploi du calomel et des purgatifs résineux, les anthelminthiques furent administrés, une quantité très considérable d'entozoaires fut rendue, et les règles, que n'avaient pu rappeler les emménagogues les plus actifs, se rétablirent parfaitement.

§ III. — Symptômes.

Il faut avoir égard, dans la description des symptômes : 1° aux phénomènes qui surviennent immédiatement après la suppression des menstrues ; 2° à ceux qui se produisent lorsque le flux menstruel ne se reproduit pas, et 3° à ceux qui accompagnent la diminution graduelle de l'hémorrhagie mensuelle.

1° Il n'est pas très rare de voir une suppression subite des règles avoir lieu sans qu'il survienne de symptômes notables.

Dans les cas ordinaires, on observe au contraire des phénomènes marqués. On trouve dans les auteurs un grand nombre d'observations où sont consignés ces divers symptômes ; malheureusement les cas ne sont pas suffisamment spécifiés, et l'on voit rassemblés pêle-mêle des engorgements de l'utérus, des inflammations de cet organe, des aménorrhées survenues dans la chlorose, dans l'anémie ; en sorte qu'il est fort difficile de décider ce qui appartient en propre à l'aménorrhée.

Les symptômes le plus généralement observés sont les suivants : *Douleurs* lancinantes du bassin, s'irradiant plus ou moins loin, comme dans la dysménorrhée ; pesanteur vers le périnée, coliques utérines ; malaise général, inquiétude, lassitude,

(1) *Theor. med. vera*, pars XIX, p. 588.
(2) *Annales de Roulers*, 5ᵉ livr., 1849.

pandiculations, horripilations, vertiges, troubles de la vue, tristesse, pesanteur de tête, dégoût pour les aliments, digestions difficiles, flatuosités.

Il est ordinaire de voir, après le temps nécessaire pour l'accomplissement de la fonction menstruelle, les symptômes qui viennent d'être indiqués se calmer, sinon disparaître entièrement. Lorsqu'ils persistent à un haut degré, ils consistent dans le malaise, la faiblesse, et souvent dans une tuméfaction du ventre, avec sonorité, ou, en d'autres termes, en un ballonnement plus ou moins considérable, qui a cela de remarquable, qu'à certains moments il disparaît tout à coup ou très rapidement, pour se reproduire ordinairement au bout d'un temps plus ou moins long.

2° A l'époque menstruelle suivante, on voit le plus souvent se reproduire les accidents qui ont suivi la suppression, et, de plus, certains phénomènes sympathiques qui annoncent l'éruption des règles : le gonflement des mamelles, par exemple. Puis ces symptômes s'apaisent de nouveau, pour se montrer encore un plus ou moins grand nombre de fois aux époques suivantes. Il n'est pas très rare cependant de voir l'époque menstruelle, qui vient après la suppression, se passer sans aucun phénomène, et l'aménorrhée s'établir sans aucun accident. Dans un plus grand nombre de cas, ce n'est qu'après plusieurs époques que l'aménorrhée existe ainsi sans aucun autre signe que la suppression de l'hémorrhagie périodique.

3° Quant à l'aménorrhée qui survient progressivement et qui se manifeste, souvent sans cause appréciable, par une diminution de plus en plus considérable du flux menstruel, elle peut avoir lieu sans autre signe remarquable, comme aussi elle peut présenter à un degré variable les symptômes dysménorrhéiques qui viennent d'être passés en revue.

Lorsque l'aménorrhée est établie depuis un certain temps, on peut n'observer aucun symptôme, toutes les fonctions, sauf l'écoulement menstruel, se faisant normalement.

Mais ordinairement les femmes accusent un état maladif plus ou moins intense. Si la suppression est complète, ce sont surtout les phénomènes généraux qui attirent l'attention. La malade est affaiblie, dans un état de langueur notable, et elle présente les signes que nous avons décrits aux articles *Anémie* et *Chlorose*. Peut-on attribuer, en pareil cas, l'apparition de l'anémie à l'aménorrhée ? Cette question paraît d'une solution bien facile au premier abord; mais si l'on examine attentivement les faits, on voit que la chlorose peut être le résultat de l'aménorrhée, comme l'aménorrhée peut être l'effet de la chlorose.

Une des suites les plus curieuses de l'aménorrhée idiopathique est, sans contredit, l'*hypertrophie de tous les tissus*. Dans ces dernières années, on en a observé deux cas très remarquables à l'Hôtel-Dieu : M. Brierre de Boismont en a publié l'histoire (1). Dans ces deux cas, il y eut suppression subite des menstrues par suite d'une vive émotion morale. Tout le corps avait pris un développement énorme, surtout chez la première malade (la nommée Marianne, qui est restée plusieurs années à l'Hôtel-Dieu). On observait en même temps des phénomènes nerveux, et il y avait eu des accidents multipliés aux époques menstruelles qui avaient suivi la suppression.

(1) Obs. 104 et 105, *loc. cit.*

[redacted]

On a cité encore, comme résultant de l'aménorrhée, divers états morbides qui sont plus curieux qu'utiles à connaître pour la pratique. Nous nous bornerons par conséquent à signaler la *coloration bleue du corps* (1) ; la *couleur noire de la peau* (2) ; des *douleurs ostéocopes* qui résistent au traitement mercuriel (cas observé par Gendrin).

Des conséquences plus graves, également signalées par M. Brierre de Boismont, qui a réuni sur ce point les faits les plus intéressants publiés par les auteurs, peuvent résulter de l'aménorrhée. Ce sont diverses *maladies mentales :* manie, lypémanie, etc. ; ou encore l'*hydrophobie*, et enfin des *névroses* très variées. Il est vrai que l'on peut se demander si quelquefois on n'a pas regardé comme s'étant produites mutuellement des affections qui étaient toutes les deux sous la dépendance d'une cause générale incomplétement recherchée ; mais n'y eût-il qu'un très petit nombre de faits dans lesquels le doute ne soit pas possible, le praticien doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de ce rapport entre l'aliénation mentale et l'aménorrhée, car rien n'est plus important pour la thérapeutique. Nous insistons sur ce point, parce que les hommes qui se sont occupés avec le plus de succès de l'aliénation mentale, et notamment Esquirol, ont accordé une grande influence aux maladies de l'utérus sur les troubles de l'intelligence.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons vu que l'aménorrhée qui s'établit après une suppression ne présente pas ordinairement cette progression que l'on observe dans celle qui se produit spontanément. Cependant il est quelques cas où il en est ainsi. A la première époque, après la suppression, l'effort menstruel que nous avons vu exister ordinairement, peut être suivi de l'expulsion d'une certaine quantité de sang qui diminue ensuite à chaque nouvelle époque, jusqu'à ce que l'aménorrhée soit complète. Quelquefois on n'observe que cette simple diminution. On voit parfois, et c'est ce que l'on a constaté principalement chez les filles publiques, une aménorrhée de courte durée (deux, trois ou quatre mois) être suivie d'une véritable ménorrhagie, puis se reproduire pour se terminer encore par le même accident.

La *durée* de l'aménorrhée ne peut être limitée. Celle qui s'établit brusquement, par suppression, dure moins longtemps, sous l'influence d'un traitement approprié, que celle qui s'est manifestée lentement et sans cause appréciable ; mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle.

Il est assez rare de voir l'aménorrhée, et surtout celle qui a suivi une suppression des règles, se prolonger pendant toute la vie. Le plus souvent, soit spontanément, soit, ce qui est bien plus ordinaire, sous l'influence d'un traitement actif, les règles se rétablissent, et, comme nous l'avons vu plus haut, on a quelquefois à craindre que ce rétablissement n'ait lieu par une ménorrhagie.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il n'est pas de *lésion anatomique* que l'on puisse attribuer en propre à l'aménorrhée. Sans doute, chez les femmes qui succombent après en avoir été atteintes,

(1) Brierre de Boismont, *Menstruation*, p. 221.
(2) *Journal de médecine de Corvisart*, t. V.

on trouve ordinairement des lésions importantes, soit du sang, soit de l'utérus, soit d'autres organes; mais ce sont là les traces de la maladie sous la dépendance de laquelle s'est produite l'aménorrhée, et non de l'aménorrhée elle-même; ce qui le prouve, c'est que, chez des femmes qui n'ont jamais été réglées, et même chez certaines qui ont vu disparaître leur flux menstruel établi depuis un temps plus ou moins long, on peut très bien ne trouver aucune lésion, de quelque espèce que ce soit, qui ait le moindre rapport avec l'aménorrhée. M. Vigla a communiqué à M. Brierre de Boismont l'observation d'une femme de cinquante ans qui n'avait jamais été réglée, et qui ne présentait pour toute lésion qu'un petit kyste de l'ovaire droit, bien insuffisant pour expliquer l'aménorrhée.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Une diminution notable de la quantité du sang, se montrant à un certain nombre d'époques menstruelles, ou bien une suppression complète du flux périodique, telle est la maladie. On ne pourrait, sous ce rapport, trouver de confusion possible qu'avec la dysménorrhée, qui s'accompagne assez souvent de la diminution du flux menstruel; mais une pareille difficulté ne saurait longtemps arrêter le médecin. Il suffit, en effet, de se rappeler qu'en pareil cas, il y a réunion des deux affections, et tout embarras cesse aussitôt; de cette manière, on a trois états distincts : 1° les troubles nerveux, les douleurs vives, etc., accompagnant une menstruation suffisamment abondante : c'est la *dysménorrhée simple;* 2° ces mêmes accidents survenant dans le cours de menstrues notablement diminuées : c'est l'*aménorrhée compliquée de dysménorrhée;* 3° la diminution du flux menstruel sans accidents nerveux ou congestionnels notables; c'est l'*aménorrhée simple*, qui se produit assez souvent sans cause appréciable. Quant à l'*aménorrhée complète* aucun doute ne peut s'élever sur elle. Or, ces trois états se distinguent facilement l'un de l'autre.

La partie la plus importante du diagnostic est celle qui consiste à établir si l'aménorrhée est simple, idiopathique, ou si elle est sous la dépendance d'un état morbide ordinairement fort grave. Pour arriver à ce diagnostic, il faut se rappeler quels sont les états morbides dans lesquels la fonction menstruelle diminue d'activité ou cesse complétement de se faire. Or, nous trouvons d'abord les diverses affections chroniques, et surtout la phthisie et le cancer dans d'autres organes que l'utérus; puis la chlorose et l'anémie, résultant des causes diverses qui ont été indiquées aux articles consacrés à ces affections; puis les maladies de l'utérus l'absence de cet organe, son atrophie, etc. Le praticien recourra aux descriptions des maladies que nous venons d'énumérer.

§ VII. — Traitement.

Il est un certain nombre de circonstances capitales auxquelles il faut avoir égard 1° on peut être appelé pour une suppression récente qui donne lieu à quelques-uns des accidents signalés plus haut; 2° on a à traiter une aménorrhée à la suite de suppression ou survenue spontanément, qui donne lieu, pendant les époques menstruelles, à des troubles nerveux plus ou moins violents, ou à une certaine congestion résultant de l'effort hémorrhagique arrêté; 3° il s'agit seulement de réta-

gles supprimées ou notablement diminuées, sans qu'aucun effort
;ique se manifeste; 4° enfin, on peut avoir à traiter ces divers états
que nous avons vus suivre l'aménorrhée, tels que les névroses, l'ané-

tement des accidents qui suivent de près la suppression. — Lorsque, im-
nt ou peu de temps après une suppression, il survient, ce qui est le cas le
aire, des accidents que nous avons fait connaître dans la description des
, on doit d'abord, à l'aide de l'exploration directe, rechercher s'il y a
nt de l'utérus. Si cette lésion existe, et c'est ce que l'on observe le plus
n doit mettre en usage le traitement conseillé contre la *congestion san-*
'utérus (1), et de plus quelques moyens particuliers. Ainsi, on pres-
édiluves sinapisés; on fera exposer le siége de la malade à la vapeur
ouillante; on promènera des sinapismes sur les cuisses, des *ventouses*
s les mêmes points. On appliquera aux grandes lèvres, à l'anus, un petit
sangsues (deux, trois ou quatre); on mettra en usage les moyens re-
s pour ramener le sang vers l'utérus en assez grande abondance pour le
r.

udrait pas néanmoins insister sur ces moyens, s'ils n'étaient pas suivis
r on courrait risque d'augmenter inutilement la congestion utérine; il
t pas davantage y avoir recours, si l'on était appelé à une époque trop
la fois du moment de la suppression et de l'époque menstruelle sui-
on n'aurait aucun espoir fondé de faire reparaître les règles. Il vaut
pareil cas, recourir à des émissions sanguines plus abondantes, aux
, aux narcotiques et aux antispasmodiques, pour faire cesser les accidents,
pour agir dans le but de rétablir les menstrues, que la nouvelle époque
le soit proche.

les règles se sont supprimées par suite de l'impression vive du froid sur
ps, de l'immersion dans l'eau, etc., les *sudorifiques* et les *excitants* dif-
nt spécialement recommandés. On prescrit l'*infusion de bourrache*, de
menthe, de *sauge*, de *romarin*, etc.; les préparations où entre l'*acé-*
moniaque; l'*éther;* des *fumigations aromatiques* générales ou partielles.
e la malade de *vêtements chauds*, et plusieurs médecins recommandent
re un *exercice assez actif*, si les forces le permettent, et si le malaise,
, parfois un léger mouvement fébrile, ne viennent pas s'y opposer. Le
ne transpiration locale supprimée se fait en entourant la partie de flanelle
tas gommé, suivant la manière d'agir indiquée par Mondière pour re-
a transpiration des pieds. On peut en voir les détails à l'article *Epistaxis*
page 247).

tement de la suppression plus ou moins ancienne, avec symptômes de
au moment des règles. — Le même traitement est parfaitement appli-
cas où, pendant les époques qui suivent la suppression, des symptômes
t locaux d'éruption menstruelle difficile viennent à se manifester. Comme
ordinairement la manière dont les choses se sont passées aux époques
, on n'est pas obligé d'attendre, pour mettre en œuvre les moyens qui

l'article IV.

constituent ce traitement, que les accidents se soient produits ou aient pris un grand accroissement ; mais quatre, cinq ou six jours avant l'époque où les règles devraient apparaître, on prescrit les *pédiluves*, l'*exposition du siége à la vapeur de l'eau bouillante*, les *sangsues en petit nombre*, les *narcotiques*, les *antispasmodiques;* en un mot, un certain nombre des moyens précédents choisis suivant la prédominance de tel ou tel symptôme.

Il faut, dans le cas particulier dont nous parlons, insister davantage sur les moyens propres à produire vers l'utérus un effort hémorrhagique. On mettra surtout en usage de légers *emménagogues;* et l'on aura recours à des topiques chauds sur les parties génitales, à des *sinapismes* promenés sur les cuisses, ou encore à des *fumigations excitantes*, la suivante par exemple :

℞ Absinthe.............. } ââ 30 gram. | Eau bouillante............. 1000 gram
Armoise incisée........ }

Faites infuser. Dirigez la vapeur vers les parties sexuelles.

Le docteur Chrestien (1) nous apprend qu'il est parvenu à rappeler les règles, dans des cas où il y avait éréthisme nerveux, en faisant faire toutes les deux heures, sur les parties supérieures et internes des cuisses, des frictions avec une *teinture antispasmodique* qu'il prépare ainsi :

℞ Opium........................ 0,40 centigr.
Alcool....................... 32,00 gram.

Cette quantité peut être employée dans les vingt-quatre heures.

M. Gibson (2) cite plusieurs cas où, sous l'influence des *inhalations de chloroforme*, les règles reparurent chez des femmes atteintes d'aménorrhée; aussi ce médecin n'hésite pas à recourir à ce moyen dans les cas de dysménorrhée ou d'aménorrhée par suppression, quand il n'existe pas d'inflammation.

3° *Traitement de l'aménorrhée par atonie des organes génitaux.* — Les moyens mis en usage dans le but de rendre plus abondantes les règles notablement diminuées, ou de les rétablir lorsqu'elles sont supprimées, sont sans contredit les plus nombreux, car dès longtemps les médecins, frappés de la nécessité d'entretenir l'écoulement menstruel, et des accidents si variés qui résultent de sa suppression, se sont efforcés d'enrichir la médication *emménagogue* dont nous allons nous occuper.

C'est surtout à l'aide de substances prises à l'intérieur qu'on cherche à rétablir les règles; mais il ne doit évidemment être question ici que des médicaments qui, dans l'opinion de tous les médecins, ont une action spéciale sur l'utérus, et doivent être employés dans les cas d'aménorrhée idiopathique, ou, suivant l'expression de quelques auteurs, d'aménorrhée *par atonie des organes génitaux.*

Rue, sabine. — L'*infusion* de ces substances, qui jouissent de la propriété emménagogue, est d'un usage général; voici comment on les prépare :

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 15 juin 1852.
(2) *Philadelphia med. Examiner*, 1852.

℞ Rue fraîche .... 4 gram. | Eau bouillante .... 1000 gram.

Faites infuser pendant dix minutes. A prendre par tasses, avec addition de quantité suffisante de sirop de gentiane pour chaque tasse.

℞ Sabine fraîche .... 2 ou 3 gram. | Eau bouillante .... 1000 gram.

Faites infuser, et administrez *ut suprà*.

Si l'on faisait l'infusion avec les *plantes sèches*, il faudrait réduire de moitié la dose de la substance médicamenteuse.

Desbois (1) recommandait vivement la potion suivante qui a eu une assez grande réputation, et dans laquelle l'*armoise* se trouve jointe aux substances qui viennent d'être indiquées :

℞ Huile essentielle de rue.. / — de sabine. } ââ 0,30 gram. | Sucre .... 30 gram.

Triturez dans un mortier de verre, et ajoutez :

Eau distillée d'armoise .... 160 gram. | Eau distillée de fleur d'oranger.. 16 gram.

Dose : une cuillerée toutes les deux heures.

Tommasini (2) recommande d'unir la *sabine* à la dose de 1,25 gram. à de petites doses d'*aloès*.

La *rue* se donne également en potion, ainsi qu'il suit. Par exemple :

℞ Eau distillée de menthe poivrée.. / — de rue .... } ââ 60 gram. | Teinture de safran .... 20 gouttes. / Sirop d'armoise .... 30 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerée toutes les deux heures.

Ce qu'il y a surtout d'important à observer dans l'emploi de ces médicaments, comme aussi de tous les autres emménagogues, c'est de ne les donner que dans des cas où l'on est bien sûr qu'il n'y a aucune congestion de l'utérus, ou si cette congestion existe, et si l'on pense que l'effort hémorrhagique a besoin d'être un peu augmenté, d'agir avec beaucoup de ménagements, car, ainsi que l'ont constaté beaucoup de praticiens, et Soyer en particulier (3), si l'on manque de prudence dans un cas semblable, on peut occasionner les plus graves accidents. Ces accidents, dans un cas cité par Soyer, allèrent jusqu'à la plus grande agitation, à une fièvre ardente, au délire et aux syncopes.

Après ces *emménagogues proprement dits*, auxquels il faut joindre l'*armoise*, nous citerons les plantes aromatiques que nous avons déjà mentionnées, le *safran*, de *légers purgatifs*, etc. ; médicaments qui n'ont qu'une action adjuvante, et dont l'administration est des plus faciles.

Chapman et Morris (4) conseillent la décoction de *polygala senega* à la dose de 4 onces (120 grammes) plus ou moins dans les vingt-quatre heures, et en élevant

(1) Alibert, *Éléments de thérapeutique*, t. II.
(2) Voyez *Journal hebdomadaire de médecine*, 1834.
(3) *Essai sur l'aménorrhée*, thèse. Paris, 1831.
(4) *Philadelphia med. Examiner, 1851.*

quelquefois la dose à 2 onces (60 grammes) toutes les heures à l'approche de l'époque menstruelle, mais en laissant ordinairement un intervalle d'une semaine ou deux, afin de ne pas dégoûter les malades.

Cette décoction se prépare en jetant une once (30 grammes) de racine concassée dans 500 grammes d'eau bouillante en un vase clos, et en réduisant ensuite au tiers par évaporation. On peut ajouter un amer aromatique à cette décoction pour s'opposer à ses effets nauséeux.

Aconit. — Le docteur West (1), ayant remarqué, dans deux cas où l'on avait administré l'aconit, que les règles supprimées s'étaient parfaitement rétablies, donna cette substance dans plusieurs autres cas d'aménorrhée, dans lesquels la suppression datait de plusieurs mois, et vit encore les menstrues se rétablir promptement. Aussi propose-t-il d'employer ce médicament, comme emménagogue, de la manière suivante :

℞ Extrait aqueux d'aconit........... 1,50 gram.

Faites trente pilules. A prendre ainsi qu'il suit :

On commence l'administration des pilules, huit jours avant l'époque ordinaire de la menstruation, par une pilule dans la journée ; le lendemain, on en prescrit deux, et l'on augmente la dose d'une pilule par jour, de manière que le jour où les règles devraient apparaître, la malade en prenne huit.

Les faits cités par West ne sont pas nombreux ; il serait nécessaire qu'ils fussent multipliés. Nous ne saurions, par conséquent, nous prononcer rigoureusement sur cette médication, et nous ajouterons que le docteur West n'a vu aucun accident résulter de ce mode d'administration de l'aconit.

On a encore prescrit la *belladone*, recommandée d'abord par Ever (2), et puis par Sundelin et Mende ; la *jusquiame*, et d'autres narcotiques. Le docteur Richter unit la *belladone* au *calomel*, mais l'emploi de ces médicaments ne doit pas nous arrêter plus longtemps, parce que les cas où on les a administrés ne sont pas suffisamment spécifiés d'une manière générale : les médicaments narcotiques conviennent particulièrement lorsqu'il existe des douleurs vives et une agitation marquée.

Iode. — L'iode a été très vanté comme emménagogue il y a quelques années. Les docteurs Coindet, Brera (3), Sablairolles, Récamier et Trousseau (4), ont surtout insisté sur ses heureux effets dans l'aménorrhée. Suivant M. Trousseau (5), néanmoins, l'iode ne convient parfaitement que chez les femmes bien colorées dont les règles sont simplement diminuées et coulent sans douleur, ce qui est le cas le plus rare. Cet auteur recommande la teinture d'iode, administrée ainsi qu'il suit :

℞ Teinture d'iode.... 25 à 30 gouttes.
Infusion de menthe..... 120 gram.
Sirop de fleur d'oranger........ 30 gram.

A prendre dans la journée, par cuillerées à bouche.

(1) *Note sur les propriétés emménagogues de l'aconit* (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. VIII, p. 427).
(2) *Nov. Act. nat. cur.*, novembre 1791.
(3) *Saggio clin. sull' iodio*. Padova, 1822.
(4) *Journal des connaissances médicales*, novembre 1835.
(5) *Traité de thérapeutique*, 6e édition. Paris, 1858, t. I, p. 209 et 211.

[redacted]

Il faut, ajoute M. Trousseau, continuer l'emploi de ce moyen pendant deux ou trois mois. Nous devons faire remarquer que, dans les cas cités, on ne s'est pas borné à administrer l'iode, qu'on a eu au contraire ordinairement recours à d'autres moyens actifs, ce qui rend douteuse l'efficacité de cette substance, et exige de nouvelles expériences.

Suivant M. Trousseau, la *mixture d'hydriodate de potasse* de M. Wallace est une préparation qui convient dans les cas où l'iode est indiqué. En voici la formule :

℞ Iodure de potassium....... 8 gram. | Eau distillée............. 250 gram.

Dose : une ou deux cuillerées à bouche chaque jour.

M. Trousseau (1) emploie aussi, au moment où se produisent les congestions spontanées vers l'utérus, qui marquent les époques menstruelles, la *teinture d'iode* à la dose d'un gramme par jour dans un julep. Quelquefois les règles sont provoquées en vingt-quatre heures ; mais il n'est pas dit, dans les observations que nous avons sous les yeux, si d'autres moyens n'ont pas été employés dans les intervalles.

Seigle ergoté. — Le seigle ergoté n'a pas été oublié dans le traitement de l'aménorrhée, et nous voyons ainsi ce médicament être prescrit dans les affections utérines les plus opposées sous tous les rapports. Les docteurs Tracher (2), Weil, etc., en ont vanté les bons effets, mais ils n'ont pas spécifié les cas ; en sorte que nous restons dans l'incertitude. L'administration du seigle ergoté ne diffère pas de celle que nous avons indiquée à l'article *Leucorrhée* (Voy. p. 47).

Strychnine. — Les docteurs Bardsley (3) et Churchill (4) ont mis en usage la strychnine, et le dernier de ces auteurs cite un cas où, au bout de peu de temps, la menstruation, supprimée depuis dix mois, s'est rétablie à la suite de l'administration de la strychnine, à la dose de 4 *à* 5 *milligrammes*, trois fois par jour, pour commencer, puis, en augmentant avec prudence, à celle de 6 *à* 7 *milligrammes*, également trois fois par jour. Administré avec précaution, ce médicament peut être essayé, mais il serait prématuré de se prononcer sur son degré d'efficacité avant de nouvelles observations.

Cantharides. — On a encore administré les cantharides sous forme de teinture ou de poudre, et le docteur Dewees (5) a cité quelques cas où ce médicament a paru réussir ; mais, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium de médecine*, cette substance est trop dangereuse pour qu'on puisse la recommander en l'absence de faits plus nombreux et plus concluants.

Vomitifs, purgatifs. — Peu d'auteurs ont conseillé ces moyens. Cependant, parmi les *vomitifs*, l'*ipécacuanha*, préconisé par Guilbrand, a joui de quelque réputation comme emménagogue, et de légers purgatifs ont été assez souvent employés. Parmi eux, on choisit ceux qui agissent spécialement sur le gros intestin

(1) Voyez Duclos, *Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXI, novembre 1846.
(2) *The Journal of sciences*, etc. London, 1816.
(3) *Hosp. facts and observ.* London, 1830.
(4) *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1834.
(5) *A compend. syst. of midwifery.* Philadelphia, 1826.

comme le *jalap*, la *gomme-gutte*, et surtout l'*aloès*, qui fait partie d'un grand nombre de préparations emménagogues. Chaumet (de Bordeaux) l'unit à la gentiane et au *calomel*, ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de gentiane......	0,15 gram.	Calomel à la vapeur........	0,05 gram.
Aloès socotrin..........	0,05 gram.		

F. s. a. vingt pilules semblables. Dose : une matin et soir.

Nous pourrions encore citer des purgatifs plus énergiques, et en particulier le *vin de coloquinte;* mais l'emploi des médicaments de cette espèce est trop incertain.

Moyens divers. — Beaucoup d'autres médicaments ont été mis en usage contre l'aménorrhée : nous citerons entre autres le *raifort sauvage*, la *garance* vantée par Fontcka, le docteur Dewees, etc.; la *térébenthine* par la bouche ou en lavements (Elliotson), le *borax* (Hufeland), la *myrrhe*, l'*ellébore noir*, etc. Les documents que nous possédons sur l'emploi de ces substances sont peu précis.

Préparations d'or. — On sait que les préparations d'or ont été vantées comme antiscrofuleuses; aussi est-ce dans les cas où l'on prescrit l'*iode*, c'est-à-dire lorsqu'on a des motifs de soupçonner que l'aménorrhée est sous la dépendance d'un vice scrofuleux, qu'on donne ce médicament. Voici les formules recommandées par Chrestien :

Pastilles de cyanure d'or.

℞ Cyanure d'or...........	0,10 gram.	Pâte de chocolat...........	32 gram.

F. s. a. vingt-quatre pastilles. Dose : d'une à quatre par jour, progressivement.

Pilules de cyanure d'or.

℞ Cyanure d'or..........	0,05 gram.	Extrait de daphne mezereum.	0,15 gram.

Mêlez, et avec :

Poudre de guimauve............... Q. s.

Faites quinze pilules de 0,20 gram. Dose : d'une à trois par jour, progressivement.

Nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit (tome Ier) dans l'histoire des *scrofules*, à propos des préparations d'or ; nous ajouterons que ces préparations doivent toujours être maniées avec beaucoup de prudence, et qu'on ne doit en élever la dose que lentement.

Moyens externes. — Nous avons déjà parlé des divers moyens mis en usage pour attirer le sang vers l'utérus (ventouses sèches, pédiluves sinapisés, sangsues en petit nombre, etc.) : il nous reste à indiquer quelques moyens externes dont quelques-uns sont beaucoup plus actifs et qu'on a plus ou moins vantés.

Électricité. — A l'époque où l'électricité fut employée contre toutes les maladies dans lesquelles on supposait l'atonicité d'un organe, on dut naturellement la mettre en usage contre l'aménorrhée. On trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de faits dans lesquels on voit les règles longtemps suspendues reparaître après un plus ou moins grand nombre de secousses électriques dirigées à

[redacted]

ers le bassin. Ce moyen est, selon toutes les apparences, beaucoup trop négligé ourd'hui, et il serait à désirer qu'on l'expérimentât de nouveau avec toute la leur nécessaire. La meilleure manière de le mettre en usage est de se servir de strument de Clarke, de celui de M. Duchenne, ou de celui des frères Breton, le diriger un courant intermittent des lombes à l'hypogastre, ou même directent sur l'utérus, par le vagin. Le docteur Kholodovitch (1) cite un cas remarable de rétablissement de menstrues depuis assez longtemps supprimées. Il ne st qu'un petit nombre de secousses pour faire reparaître les règles. Avant cet teur, Clarke (2) et un bon nombre d'autres avaient, à l'aide de faits semblables, tli l'utilité du *galvanisme*. M. Rayer (3) a observé récemment deux cas de guérison rapide par ce moyen, qui convient surtout dans les cas de débilité des organes nitaux.

Vésicatoires. — Les vésicatoires ont été principalement recommandés par le cteur Graves. Il veut qu'on les applique à la surface interne des cuisses, deux ours avant l'époque à laquelle la femme attend ses règles. La plupart des praticiens préfèrent le *sinapisme* au vésicatoire, et les recherches n'ont pas été assez faites pour qu'on puisse se prononcer sur ce point.

Injections ammoniacales. — On a été jusqu'à prescrire des injections avec moniaque dissoute dans une certaine quantité de liquide. Ainsi Lavagne (4) mmande de fréquentes injections avec le liquide suivant :

℞ Lait chaud............ 2 cuillerées.	Ammoniaque liquide.... 10 à 12 gouttes.

M. Nicato indique la formule suivante :

Ammoniaque............. 40 gouttes.	Décoction d'orge........... 400 gram.
Mucilage de gomme arabique. 15 gram.	

Mêlez. Pour quatre injections par jour.

Brousonnet (5) a employé ce moyen avec succès chez une jeune fille de vingt ans, qui avait vainement eu recours pendant six mois à d'autres médications. Ce médecin recommande de faire les injections trois ou quatre fois par jour, deux ou trois jours avant l'époque des règles, et à les cesser dès que celles-ci paraissent. Chaque injection doit produire une sensation un peu douloureuse, et ne réussit qu'à cette condition. On doit donc augmenter ou diminuer la quantité d'ammoniaque pour atteindre ou pour ne pas dépasser cette sensation.

[Ashwell recommande l'injection suivante :

℞ Lait tiède.............. 500 gram.	Ammoniaque liquide........ 4 gram.

Ou simplement une *décoction de farine de moutarde.* La malade doit être couchée et doit conserver l'injection pendant quinze à vingt minutes.]

(1) *Voienno-med. Journ.*, 1824, et *Archives générales de médecine*, t. XVI, p. 452.
(2) *Observ. on those diseases of females wich are attended by discharges.* London, 1821.
(3) *Annales de thérapeutique*, juillet 1847, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, décembre 1847.
(4) *Annali universali di medicina, 1823.*
(5) *Gazette médicale de Toulouse, février 1851.*

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre sous le nom de *dysménorrhée* une difficulté plus ou moins douloureuse de la menstruation, et avec madame Boivin et A. Dugès, nous ferons observer que dans les cas où cette affection existe, on constate toujours la tendance naturelle à l'hémorrhagie périodique, qui est seulement entravée par des circonstances diverses. C'est là ce qui distingue la dysménorrhée de l'aménorrhée.

Cette affection a encore reçu les noms de *menorrhagia*, *paramenia*, *menstruatio difficilis*, *dysmenorrhœa*, *dysmenio*, *menstrues laborieuses*, etc. On l'observe *très fréquemment*.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

La dysménorrhée est fréquente surtout *dans les premières années de la menstruation ;* suivant M. Gendrin, elle diminue et souvent disparaît dans les dix années qui précèdent l'époque critique. Mais elle peut apparaître aussi vers la ménopause; les irrégularités douloureuses que l'on observe alors sont une véritable dysménorrhée. Un *tempérament nerveux*, une *constitution sèche*, *forte* ou *faible*, sont les conditions dans lesquelles on pense, en général, qu'elle se montre plus particulièrement.

On a encore admis, comme *causes prédisposantes*, la *vie sédentaire*, ou bien un *exercice immodéré*, des *aliments mauvais et insuffisants*, ou au contraire une *alimentation trop succulente*. L'*habitation des grandes villes*, les *excès vénériens de toute espèce*, ou les vives *affections de l'âme ;* le *célibat*, la *continence*, l'*hérédité*, etc. Il suffit de cette énumération pour montrer combien sont peu précises nos connaissances sur l'étiologie de la dysménorrhée.

2° Causes occasionnelles.

Quant aux *causes occasionnelles*, nous pouvons dire que nous ne les connaissons nullement.

3° Conditions organiques.

Il n'en est pas de même des *conditions organiques* dans lesquelles se produit la dysménorrhée. Il en est quelques-unes que nous pouvons signaler. D'abord se présente l'*engorgement sanguin*. Nous verrons, en parlant de la congestion utérine, que les douleurs vives, un malaise général, et d'autres symptômes assez intenses l'accompagnent assez souvent, et se dissipent lorsque le sang coule librement. Il y a alors une véritable dysménorrhée qui n'existe pas toujours avec l'engorgement sanguin.

Les règles sont fréquemment difficiles et douloureuses chez les femmes atteintes de *maladie organique de l'utérus*. Tous les auteurs ont cité des cas de ce genre.

Il suffit parfois de la présence d'un *polype* pour déterminer la dysménorrhée. Lisfranc en a mentionné des exemples. Ces dysménorrhées peuvent être appelées *symptomatiques*, et ce sont celles qui nous intéressent le moins ici, parce qu'elles

leur place dans la description des maladies dont elles constituent un symptôme ortant.

arrive quelquefois que la présence d'un *caillot* ou d'une *fausse membrane* déine, dans le cours de l'hémorrhagie mensuelle normale, les mêmes accidents nous avons signalés dans la métrorrhagie, et il est surprenant que les auteurs nous ont précédé n'aient pas mentionné cette cause de dysménorrhée. Nous avons vu un exemple bien frappant chez une jeune femme : les règles, depuis sieurs années, n'avaient presque jamais eu lieu sans être précédées de douleurs essives ressemblant aux plus vives douleurs de l'enfantement, et ne cessant au bout de quatre, cinq, six heures, quelquefois plus, par l'expulsion d'une se membrane épaisse de 3 ou 4 millimètres, rougeâtre, lisse d'un côté, tomense de l'autre, et ayant une étendue telle, qu'elle pouvait couvrir complétement surface interne d'un utérus sain. La cessation des douleurs, après l'expulsion cette fausse membrane évidemment fibrineuse, était instantanée, et le sang nmençait à couler, sans autre accident, jusqu'à la fin de l'époque menstruelle. le docteur Oldham (1) a décrit cette espèce particulière de dysménorrhée.

[La nature de ces membranes est maintenant connue. Kölliker, Scanzoni et la part des micrographes y ont reconnu la muqueuse utérine elle-même hyperphiée et décollée de la surface interne de la matrice : « Ce qui le prouve irrésablement, dit Scanzoni (2), c'est que nous y avons toujours trouvé de nombreux diments des glandes utriculaires... La formation de ces membranes, dont la ture histologique offre une grande analogie avec la caduque, qui se forme après conception, est occasionnée sans nul doute par une hypérémie considérable et avent répétée des parois de l'utérus, laquelle est suivie d'un excès de développement de la muqueuse. Le décollement de la membrane hypertrophiée a lieu soit la suite d'une accumulation du liquide exsudé entre elle et la paroi utérine, soit écaniquement par les contractions du tissu utérin qui précèdent l'hémorrhagie enstruelle.

« La grandeur de ces membranes est souvent très variable chez la même femme ; elquefois elles ne dépassent pas les dimensions d'une pièce de 50 centimes, ndis qu'à la menstruation suivante elles présentent une étendue de 5 à 7 centitres carrés. »]

MM. les docteurs Mackintosh et Oldham (3) ont signalé une autre espèce de sménorrhée à laquelle ils donnent le nom de *dysménorrhée mécanique*. Elle est e à la contraction d'un point plus ou moins élevé de la cavité du col de l'utérus. ous avons observé cette espèce, et, dans plusieurs cas, elle nous a paru résulter e cautérisations trop profondes faites sur le col et dans son intérieur. On détruit bstacle et la dysménorrhée qui en est la conséquence, par la dilatation du col, atiquée comme la dilatation de l'urèthre dans les rétrécissements. Un cas de ce ure a été traité et guéri dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon (4).

M. Bennett (5), qui a eu occasion de voir plusieurs cas semblables, rejette l'em-

(1) *Gazette médicale de Londres*, extrait dans *Archives générales de médecine*, juillet 1847.
(2) *Maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858, p. 290.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Voyez Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXIII, septembre 1847.
(5) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, etc.*, traduction de M. Aran.

[redacted]

ploi des bougies; nous décrirons au paragraphe *Traitement* le moyen employé par ce médecin.

Nous devons signaler une autre espèce que nous avons observée fréquemment. Dans les *antéflexions* et les *rétroflexions*, le calibre du canal utérin est souvent effacé au point où l'organe est vicieusement fléchi. Lorsque les règles apparaissent, le sang a de la peine à s'échapper, parce que les parois en contact dans ce point forment un obstacle. De là les douleurs utérines. Quand le sang a commencé à couler dehors, tout rentre dans l'ordre. Kiwisch a également signalé ces causes de dysménorrhée et en a parfaitement indiqué le mécanisme.

Il est des cas nombreux où un examen attentif ne trouve ni flexion exagérée, ni maladie organique, ni obstacle à la sortie du sang. En pareil cas, on a recours, pour expliquer la difficulté de la menstruation, à une altération du sang, à la pléthore ou bien à l'anémie, et plus encore à un état nerveux particulier qu'on a désigné sous le nom d'*hystéralgie cataméniale*. Sans prétendre que ces explications portent à faux, nous ferons observer que les recherches sur ce sujet important sont bien loin d'être suffisantes.

Enfin il faut indiquer la *névralgie lombo-utérine*, qui se mêle à tant d'affections de la matrice, et qui, depuis que nous l'avons décrite, a été l'objet plus ou moins bien apprécié des recherches de plusieurs médecins.

[Scanzoni pose une ingénieuse question qui pourrait bien expliquer certains cas de dysménorrhée. « Si l'on a égard à une observation bien constatée, à savoir, que la rupture des vésicules de de Graaf, situées dans les couches profondes du tissu des ovaires, exige ordinairement une hypérémie plus considérable de ces organes, qu'elle se fait attendre plus longtemps que celle des vésicules placées superficiellement, et qu'elle entretient, par conséquent, pendant un temps plus long la congestion menstruelle, on ne nous accusera pas d'imprudence si nous émettons l'opinion que la dysménorrhée peut aussi quelquefois avoir pour cause la maturation habituelle d'ovules situés profondément et l'hypérémie prolongée et anormale qu'exige la rupture des vésicules qui les contiennent. »]

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la dysménorrhée sont très variés. Pour bien les étudier, il faut tenir compte des diverses espèces que nous venons d'admettre.

1° Lorsque la dysménorrhée est liée à un état fluxionnaire de l'utérus, elle offre les symptômes douloureux qui seront décrits à l'article *Congestion utérine*.

2° S'il s'agit d'une affection organique de la matrice, de la présence d'un polype, les symptômes peuvent être et sont en effet presque toujours les mêmes que dans le cas précédent; car alors la fluxion utérine, aux époques menstruelles, est un phénomène fréquent.

3° La dysménorrhée due à la présence d'un caillot ou au décollement de la muqueuse utérine mérite une mention particulière. On a vu, dans le fait cité plus haut, que les *douleurs* peuvent être excessives; elles sont, dans tous les cas, d'une violence notable, et elles ont pour caractère de cesser brusquement par l'expulsion du corps étranger.

Il faut, dans tous les cas de dysménorrhée, mais surtout dans ceux où l'on a

quelque raison de croire à la formation de ces corps étrangers, avoir soin de *toucher* les femmes. En pareille circonstance, comme dans la *ménorrhagie*, on peut, en effet, reconnaître la présence des corps étrangers, et en favoriser l'expulsion, ou même, dans quelques cas, en pratiquer l'extraction.

4° Les douleurs qui constituent la dysménorrhée hystéralgique, ou *hystéralgie cataméniale*, constituent, comme dans les espèces précédentes, le principal symptôme. Elles restent fixées dans le bassin, ou s'irradient au loin, ou enfin occupent d'autres parties du corps.

5° A l'aide d'une sonde utérine introduite dans le col, il faut rechercher si celui-ci n'est pas rétréci.

6° Par le toucher et par l'introduction de la sonde utérine, on s'assure s'il n'y a pas une inflexion qui efface le calibre du canal utérin.

7° Par la pression, on doit rechercher s'il existe des points douloureux sur le col et sur le trajet des nerfs lombaires. Un des principaux est dans les fosses iliaques.

Les *douleurs* fixées dans le bassin ressemblent complétement à celles qu'on observe dans la fluxion utérine : ce sont des tiraillements, des élancements, un sentiment de torsion, de chaleur incommode dans le vagin. Celles qui s'irradient au loin consistent en tiraillements dans les lombes, les cuisses, les aines, et en élancements souvent très douloureux. Enfin les douleurs fixées autre part présentent souvent, comme j'ai pu m'en assurer dans de nombreuses circonstances, le *caractère névralgique*. Nous avons vu, en effet, chez des femmes, des névralgies intercostales et lombo-abdominales, avec les points douloureux qui les caractérisent, et les migraines névralgiques, durer pendant un, deux, trois jours, quelquefois plus, avant l'apparition des règles, et disparaître lorsque l'hémorrhagie s'établissait. Et de plus nous avons constaté, dans un bon nombre de cas, l'existence de points névralgiques sur le col de l'utérus et sur le trajet des nerfs lombaires (1). Depuis lors, MM. Malgaigne et Beau, dont nous mentionnerons plus loin les recherches, ont fait des observations semblables.

Il n'est pas rare de voir des *douleurs des reins* survenir par suite d'une turgescence facile à apprécier lors de l'éruption difficile des règles. Quelquefois les femmes éprouvent un brisement marqué des membres, des douleurs d'estomac, des digestions difficiles. Quelques-unes enfin ont de véritables attaques d'*hystérie*.

M. Gendrin a cité une observation remarquable par le nombre et la violence des symptômes, bien que le volume normal de l'utérus fût constaté à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum. On observa, dans ce cas, des coliques violentes presque continues, une *vive sensibilité à la pression* dans les régions hypogastrique et lombaire, un sentiment très pénible de courbature dans tout le pourtour du bassin et dans les cuisses, une *tuméfaction douloureuse des mamelles*, du *dévoiement*, des *épreintes*, des *nausées*, des *efforts de vomissement*, et en même temps des *défaillances*, des *syncopes*, une *vive douleur de tête*, et par moments des *accidents spasmodiques hystériformes*. Il est rare que la dysménorrhée soit portée à un aussi haut degré.

(1) Voyez *Traité des névralgies* (Paris, 1841), et *Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1847.

Dans tous les cas, il y a un *malaise général*, souvent une *céphalalgie* occupant toute la tête, et plus forte vers la nuque. Les malades sont extrêmement irritables, fantasques, bizarres ; elles ont quelquefois des bouffées de chaleur au visage, et quelquefois des horripilations ; et ce qu'il a de remarquable, ce qui prouve bien la nature nerveuse de l'affection, c'est qu'au milieu de ces symptômes violents, le *pouls* reste presque toujours parfaitement calme.

Il est ordinaire de voir ces phénomènes se calmer beaucoup et même disparaître complétement lorsque l'hémorrhagie menstruelle s'établit; cependant on voit des dysménorrhées continuer même alors que le sang a commencé à couler. Presque constamment, en pareil cas, le sang s'échappe avec peine, goutte à goutte, et semble être exprimé péniblement par des contractions utérines douloureuses. Parfois même ce n'est qu'un liquide muco-séreux ou sanguinolent qui est ainsi rendu. C'est là ce que, à l'exemple d'Aétius, quelques auteurs ont appelé *stillicidium uteri*. Il est vrai de dire que cet écoulement pénible et douloureux s'observe bien plus souvent dans la dysménorrhée par engorgement sanguin de l'utérus que dans la dysménorrhée hystéralgique.

[*Formes principales.* — Comme il nous paraît important, au point de vue de la thérapeutique, de fixer nettement les caractères des deux variétés principales de la dysménorrhée, savoir : la *dysménorrhée nerveuse* et la *dysménorrhée congestive*, nous en empruntons la description à l'ouvrage de Scanzoni.

1° *Dysménorrhée nerveuse.* — « Les femmes qui souffrent de cette anomalie présentent ordinairement des phénomènes plus ou moins nombreux d'une irritabilité excessive du système nerveux tout entier, ou seulement de quelqu'une de ses parties. Elles sont presque toutes hystériques, et, en les observant de plus près, il n'est pas difficile de remarquer en elles l'un ou l'autre des symptômes de cette maladie. Cependant on se tromperait beaucoup en croyant que cette forme de dysménorrhée ne se rencontre que chez des sujets délicats, maigres et anémiques; tout praticien a l'occasion d'observer la dysménorrhée nerveuse chez des femmes d'une bonne constitution, robustes et pléthoriques.

» Les symptômes sont ordinairement les suivants : Quelques jours déjà avant l'apparition des règles, les malades montrent une mauvaise humeur surprenante; elles sont abattues, capricieuses, évitent la société, recherchent la solitude et accusent un malaise général qu'elles ne peuvent définir nettement. Plus tard, simultanément à divers troubles digestifs, tels que des éructations, des flatuosités, de la constipation, etc., elles se plaignent d'une céphalalgie très pénible, souvent bornée à l'un des côtés de la tête, et à laquelle se joignent souvent des troubles visuels, particulièrement la photophobie, accompagnée d'une hypersécrétion des glandes lacrymales. Peu à peu des sensations douloureuses dans les organes du bassin se font sentir : ce sont des tiraillements, des élancements, qui restent bornés à la région utérine ou s'irradient vers les cuisses, le siége et les lombes; très souvent ils s'étendent aussi aux mamelles, quoique avec moins d'intensité. A ces accidents viennent fréquemment se joindre une constriction convulsive du vagin, un prurit de la vulve très désagréable, plus fréquemment encore un ténesme vésical et rectal. L'urine, rejetée en petite quantité, est d'un jaune-paille, presque toujours alcaline et renferme, au bout de quelque temps, un grand nombre de champignons et de vibrions. Tous ces symptômes augmentent graduellement et atteignent leur maxi-

mum d'intensité immédiatement avant l'apparition du flux menstruel ; ils se tempèrent en général assez rapidement, dès que l'écoulement est bien établi ; il y a même des cas où les malades, peu auparavant très souffrantes, se trouvent parfaitement bien quelques heures après le commencement des menstrues, et se mettent aussitôt à vaquer à leurs affaires, ce qui, avant cela, leur avait été complétement impossible pendant plusieurs jours. Chez la plupart des malades, ces accès se répètent à chaque période avec plus ou moins d'intensité. Quelquefois cependant ils disparaissent tout à coup pour ne plus revenir, sans qu'il soit possible de découvrir la cause de cette guérison.

» Nous ajouterons encore que, dans cette forme de dysménorrhée, l'exploration de l'utérus et de ses annexes ne fait connaître aucune altération anatomique. Cependant il ne faut pas oublier que, lorsqu'il existe des vices organiques de la matrice, tels que ceux que nous avons signalés plus haut, les règles sont souvent précédées des mêmes symptômes que nous venons de décrire. »

2° *Dysménorrhée congestive.* — « Cette forme est essentiellement caractérisée par les phénomènes de la congestion des organes du bassin. Un ou plusieurs jours avant le retour des règles, les malades accusent un sentiment de plénitude, de pesanteur et de chaleur dans le bassin, des douleurs compressives vers le sacrum, un besoin fréquent d'uriner et d'aller à la selle ; puis à ces symptômes viennent se joindre une excitation fébrile plus ou moins prononcée. Les signes de la congestion cérébrale manquent rarement : le visage est rouge, l'œil a un éclat insolite, les carotides battent avec force, le front et l'occiput sont le siége d'une céphalalgie intense. Fréquemment aussi l'activité anormale du système vasculaire donne lieu à des palpitations passagères ou même continues et à des transpirations abondantes. Il y a rarement du délire, des convulsions ou du coma.

» Au toucher, on trouve la température du vagin élevée, la région inguinale et l'utérus douloureux ; ce dernier est quelquefois notablement grossi, tuméfié, et cette tuméfaction disparaît d'ordinaire peu de temps après le commencement de l'écoulement ; elle est surtout prononcée lorsque la dysménorrhée congestive est compliquée d'un engorgement chronique de l'organe. Dans ces cas-là, les malades elles-mêmes disent que la tumeur qu'elles sentent au travers des parois abdominales augmente de volume trois ou quatre jours avant chaque période. L'hémorrhagie est au commencement très peu copieuse, elle se borne quelquefois à quelques gouttes de sang ; au bout de deux ou trois jours, quelquefois encore plus tard, les douleurs expulsives diminuent d'intensité ou cessent complétement, en même temps que l'écoulement devient plus abondant ; et il n'est pas rare qu'il devienne une véritable ménorrhagie qui dure encore six à huit jours ; souvent alors le sang est coagulé en assez gros caillots.

» Nous devons mentionner aussi les cas dans lesquels les malades, tout en présentant les symptômes de la dysménorrhée congestive, rendent des fragments membraneux d'une grandeur variable. » Ce sont ces membranes que nous avons décrites comme étant la muqueuse utérine elle-même, hypertrophiée et décollée.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La dysménorrhée est ordinairement continue, et présente une marche croissante c'est-à-dire que, quelques jours avant les *règles*, les femmes qui y sont sujettes

commencent à s'apercevoir, à un malaise particulier, que leur éruption se prépare. Puis le malaise augmente, les douleurs et les autres symptômes s'y joignent, et ils arrivent à leur summum au moment où le sang va se montrer.

La *durée* de la dysménorrhée est, comme nous l'avons dit plus haut, de deux ou trois jours; quelquefois néanmoins, elle se prolonge davantage, et dans certains cas on ne la voit durer que quelques heures. Quant à la *terminaison*, elle est toujours heureuse; mais, ainsi que nous l'avons vu, l'apparition des premières gouttes de sang ne fait pas toujours disparaître les douleurs; quelquefois même les douleurs augmentent, ce que l'on doit presque toujours attribuer à la formation et à la rétention de caillots sanguins dans la cavité de l'utérus. Nous n'avons trouvé aucune observation dans laquelle ces douleurs aient persisté après les règles. Il est des cas, sans doute, où il reste un état de souffrance de l'utérus, mais cette souffrance est causée, soit par une névralgie, soit par une maladie organique que la dysménorrhée était venue exaspérer.

§ V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons pas besoin de dire quelles sont les *lésions anatomiques* qu'on trouve dans la dysménorrhée par engorgement sanguin et par lésion organique; elles n'appartiennent pas à la dysménorrhée elle-même. Quant à celles qui sont causées par un caillot ou par une membrane, ce sont ces corps étrangers eux-mêmes qui, avec un certain degré d'engorgement, constituent les altérations anatomiques. Vient ensuite la dysménorrhée hystéralgique; mais on n'a pas pu faire de recherches anatomiques sur ce point, et si nous nous rappelons l'état d'intégrité dans lequel une exploration attentive a trouvé l'utérus dans les cas les plus intenses, nous sommes porté à admettre que ces recherches, si elles avaient pu être faites, n'auraient conduit à aucun résultat important. Reste la dysménorrhée produite par les flexions de l'utérus, le rétrécissement de l'orifice interne, l'aplatissement du canal utérin. Il est très probable qu'avant les dernières recherches sur les déviations utérines, on a pris bien des cas de ce genre pour des dysménorrhées hystéralgiques. Nous reviendrons sur ces points d'anatomie pathologique dans l'histoire des *déviations utérines.*

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la dysménorrhée ne présente ordinairement aucune difficulté. La coïncidence des douleurs avec l'approche de l'époque menstruelle, leur disparition lorsque les règles sont établies ou ont suffisamment coulé, leur retour à une époque suivante, font cesser tous les doutes.

Cependant on a cité, comme pouvant être confondu avec la dysménorrhée, l'état douloureux qui résulte de la *fluxion hémorrhoïdaire.* Les douleurs, dans les deux cas, occupent le bassin et peuvent s'irradier au loin, et les symptômes généraux sont à très peu près les mêmes. Mais la turgescence douloureuse des glandes mammaires n'a pas lieu dans la fluxion hémorrhoïdaire, qui fréquemment a pu, en se montrant hors de l'époque des règles, fixer l'attention du médecin, et, dans tous les cas, l'examen du rectum, qu'il faut faire dès qu'il y a le moindre doute, lève toutes les difficultés.

..e que le médecin est surtout intéressé à rechercher avec soin, parce qu'il peut tirer des conclusions très utiles pour le traitement, c'est *la condition organique* ls laquelle s'est produite la dysménorrhée. Or, nous devons renvoyer, sous ce port, aux divers articles particuliers qui concernent les états morbides auxquels rattache la dysménorrhée, tels que la congestion sanguine, les maladies orga-|ues, le rétrécissement, la flexion du col, la névralgie lombo-utérine. Si aucun ces signes n'existe; si, à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum, on istate l'intégrité de la matrice et sa position normale, il est évident qu'on a affaire ette espèce appelée dysménorrhée hystéralgique.

Pronostic. — Le pronostic ne saurait être grave, en ce sens que les jours de la llade ne sont pas menacés. Dans certains cas de dysménorrhée symptomatique est certain que les femmes sont en danger, mais ce n'est évidemment pas à la sménorrhée elle-même qu'il faut attribuer ce danger, même en partie. On ne ut pas dire, d'un autre côté, que le pronostic ne présente jamais un côté sérieux. est, en effet, des dysménorrhées très rebelles, et qui peuvent être pendant de ngues années une source d'incommodités très grandes pour les femmes. Nous viendrons sur ce point en parlant du traitement.

[Doit-on admettre qu'une dysménorrhée longtemps prolongée, soit capable de roduire des altérations chroniques des parois utérines? On doit penser, en généal, que les lésions observées ont précédé la dysménorrhée et en ont été la cause lutôt que l'effet, et c'est à cette opinion que se rangent la plupart des médecins ançais, comme MM. Nonat, Aran, Becquerel, ainsi que Scanzoni. Cependant il st facile de concevoir que des congestions répétées et difficilement satisfaites puisent apporter dans les parois utérines les éléments plastiques des inflammations, s productions fongueuses, fibreuses, etc.; peut-être même peuvent-elles être, on la cause, mais l'élément localisateur d'une diathèse cancéreuse.]'

§ VII. — Traitement.

Pour exposer méthodiquement le traitement de la dysménorrhée, il faut de toute écessité tenir compte de la division établie plus haut.

1° S'il s'agit d'une *dysménorrhée par engorgement sanguin*, ou *congestive*, il aut recourir au traitement qui sera indiqué à l'article *Congestion utérine*, en insistant beaucoup sur les *émissions sanguines locales*, sur les *émollients*, les *bains* et s *narcotiques*, à la tête desquels il faut placer l'*opium*. Les *lavements laudanisés* onnés *froids* et les vésicatoires morphinés constituent, en pareil cas, les moyens s plus efficaces qu'on puisse employer.

C'est surtout dans cette dysménorrhée que Lisfranc conseille avec insistance de *etites saignées révulsives*, un peu avant chaque époque menstruelle. Après voir bien précisé l'époque du retour des règles, et avoir noté combien de jours vant leur apparition durent ordinairement les symptômes de la dysménorrhée, on ratique, un ou deux jours avant que ces symptômes viennent à apparaître, ou endant qu'ils existent, si l'on a été appelé trop tard, une petite saignée de 100, 120, 130 grammes, qu'on renouvelle ensuite aux époques menstruelles suivantes, jusqu'à complète guérison. M. Gendrin, qui a mis maintes fois en pratique cette plication, et notamment dans le cas que nous avons cité plus haut, lui attribue de nombreux succès.

Pour comprendre quelle est la prudence avec laquelle il faut administrer injections dont le degré d'efficacité n'est d'ailleurs pas encore très bien déterm il suffit d'observer que M. Fenoglia (1), qui néanmoins ne met que cinq gou d'ammoniaque dans 90 grammes de véhicule, a vu une véritable métrite se dé lopper sous l'influence de cette irritation.

Les *vapeurs d'eau et de vinaigre* dans le vagin, conseillées dans l'ouvrage MM. Roche et Sanson, agissent dans le même sens que l'ammoniaque, et n'off pas le même danger.

Il faudrait citer encore les *bains de vapeur simple ou aromatique*, les *fumi tions d'acide carbonique* et quelques moyens internes conseillés par plusieurs teurs; mais ces détails n'auraient qu'une faible utilité.

Un moyen qui a réussi dans quelques cas, bien qu'à priori, on ne dût gu s'attendre à un pareil résultat, c'est l'*irritation des mamelles*. M. Patterson a cité deux cas où l'emploi de *sinapismes sur les mamelles* a rétabli les règles s primées depuis longtemps. Ce qu'il y a de curieux dans le premier de ces f c'est que le sinapisme appliqué sur une des mamelles ne l'avait pas été dans tention de rappeler les menstrues, mais uniquement pour faire disparaître douleur qui avait son siége dans cet organe. L'infirmière appliqua le sinapi beaucoup trop grand, il survint un gonflement très douloureux de la mamelle la menstruation se rétablit. M. Hulin-Origet (3) employa le même moyen ave égal succès. Il est difficile, avec ces documents, de spécifier les cas dans lesq convient un pareil traitement; c'est pourquoi nous nous bornons à le mention

[Scanzoni insiste sur l'irritation des nerfs des mamelles au moyen de l'appl tion sur le mamelon de ses *appareils à succion*, qui, dit-il, ont servi plusieurs avec succès à provoquer l'accouchement prématuré.]

4° *Traitement de l'état consécutif à la diminution ou à la suppression règles.* — Les symptômes qui surviennent chez les femmes dont les menst ont notablement diminué ou se sont arrêtées complétement, sont si variables, e est impossible d'en tracer exactement le traitement. C'est au praticien à les di guer et à leur opposer les moyens convenables. On peut néanmoins, d'une nière générale, dire que ces symptômes se rapportent à l'anémie et aux affect nerveuses qui l'accompagnent. Aussi est-ce dans ces cas qu'on emploie partic rement les *ferrugineux*, les *toniques*, les *antispasmodiques*. Si, comme nous avons observé plusieurs exemples, on trouve chez les femmes affectées d'amé rhée des douleurs de nature évidemment névralgique, il ne faut pas hésiter traiter par le traitement local qui convient aux *névralgies* (4), tout en mettan usage les remèdes qu'exige l'état général. Nous avons, en effet, constaté q pouvait de cette manière faire disparaître la névralgie, avant que l'état gé ait été ramené à l'état sain, et par là épargner aux malades des souffrances vives.

(1) *Rep. med. del Piemonte*, 1832.
(2) *Dublin med. Journ.*, n° 11.
(3) *Travaux de la Société de médecine d'Indre-et-Loire.*
(4) Voyez l'histoire des *Névralgies*.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Suppression récente, avec symptômes de congestion.* —Traitement de la congestion sanguine de l'utérus; légers emménagogues.

2° *Suppression plus ou moins ancienne, avec symptômes de congestion aux époques des règles.* — Même traitement; insister un peu plus sur les légers emménagogues.

3° *Aménorrhée par atonie des organes génitaux.* — Emménagogues : rue, sabine, armoise, etc.; narcotiques : aconit, belladone, jusquiame, etc.; iode, seigle ergoté, strychnine, cantharides; vomitifs, purgatifs; moyens divers, préparations d'or. *Moyens externes :* électricité, vésicatoires; injections ammoniacales, vapeurs vinaigrées, fumigations, bains de vapeur.

4° *État consécutif à la diminution ou à la suppression des règles.* — Ferrugineux, toniques, antispasmodiques, etc.

ARTICLE II.

DYSMÉNORRHÉE.

Suivant quelques auteurs, en particulier ceux du *Compendium de médecine* (1), il n'y a pas de maladie particulière qui doive trouver place dans le cadre nosologique sous le nom de *dysménorrhée.* Cet état pathologique n'est, d'après eux, qu'un degré de l'aménorrhée. Nous ne saurions partager cette opinion. On trouve un grand nombre d'observations dans lesquelles les menstrues se produisent difficilement et avec des symptômes souvent très violents, sans que, pour cela, les règles soient diminuées; il est bien évident qu'en pareil cas, on ne peut admettre l'existence d'une aménorrhée. D'autres, comme M. Duparcque, ne font de la dysménorrhée qu'un simple symptôme, dont ils attribuent l'apparition à une lésion de l'utérus, et presque toujours à un engorgement sanguin; mais cette manière de voir n'est pas plus admissible que la première. Sans doute, il est beaucoup de cas où une fluxion trop considérable, avec difficulté de l'exsudation sanguine, constitue l'état morbide auquel il faut rapporter les accidents divers qu'on observe dans la dysménorrhée; mais il en est d'autres où cette fluxion n'a rien qui sorte de la règle ordinaire, et où cependant les menstrues se produisent avec difficulté et douleur; nous en citerons des exemples. Et même, en admettant que l'engorgement sanguin fût la seule cause des accidents, il faudrait encore, au point de vue pratique, traiter à part de la dysménorrhée ; car l'état morbide désigné sous cette dénomination est formé par un ensemble de symptômes ayant une physionomie propre, et demande des moyens particuliers. Toutefois la dysménorrhée, ne consistant qu'en un trouble fonctionnel plus ou moins considérable, n'exige pas de très grands détails dans sa description.

(1) Voyez les articles *Aménorrhée* et *Dysménorrhée.*

[redacted]

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre sous le nom de *dysménorrhée* une difficulté plus ou moin douloureuse de la menstruation, et avec madame Boivin et A. Dugès, nous feron observer que dans les cas où cette affection existe, on constate toujours la tendanc naturelle à l'hémorrhagie périodique, qui est seulement entravée par des circon stances diverses. C'est là ce qui distingue la dysménorrhée de l'aménorrhée.

Cette affection a encore reçu les noms de *menorrhagia*, *paramenia*, *menstrua tio difficilis*, *dysmenorrhœa*, *dysmenio*, *menstrues laborieuses*, etc. On l'observ *très fréquemment*.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

La dysménorrhée est fréquente surtout *dans les premières années de la mens truation;* suivant M. Gendrin, elle diminue et souvent disparaît dans les dix an nées qui précèdent l'époque critique. Mais elle peut apparaître aussi vers la méno pause; les irrégularités douloureuses que l'on observe alors sont une véritable dys ménorrhée. Un *tempérament nerveux*, une *constitution sèche*, *forte* ou *faibl* sont les conditions dans lesquelles on pense, en général, qu'elle se montre plu particulièrement.

On a encore admis, comme *causes prédisposantes*, la *vie sédentaire*, ou bie un *exercice immodéré*, des *aliments mauvais et insuffisants*, ou au contrai une *alimentation trop succulente*. L'*habitation des grandes villes*, les *excès vé nériens de toute espèce*, ou les vives *affections de l'âme;* le *célibat*, la *continenc* l'*hérédité*, etc. Il suffit de cette énumération pour montrer combien sont peu pré cises nos connaissances sur l'étiologie de la dysménorrhée.

2° Causes occasionnelles.

Quant aux *causes occasionnelles*, nous pouvons dire que nous ne les connaisson nullement.

3° Conditions organiques.

Il n'en est pas de même des *conditions organiques* dans lesquelles se produit l dysménorrhée. Il en est quelques-unes que nous pouvons signaler. D'abord se pré sente l'*engorgement sanguin*. Nous verrons, en parlant de la congestion utérin que les douleurs vives, un malaise général, et d'autres symptômes assez intens l'accompagnent assez souvent, et se dissipent lorsque le sang coule librement. Il y alors une véritable dysménorrhée qui n'existe pas toujours avec l'engorgemen sanguin.

Les règles sont fréquemment difficiles et douloureuses chez les femmes atteint de *maladie organique de l'utérus*. Tous les auteurs ont cité des cas de ce genre.

Il suffit parfois de la présence d'un *polype* pour déterminer la dysménorrhé Lisfranc en a mentionné des exemples. Ces dysménorrhées peuvent être appelé *symptomatiques*, et ce sont celles qui nous intéressent le moins ici, parce qu'ell

[redacted]

ont leur place dans la description des maladies dont elles constituent un symptôme important.

Il arrive quelquefois que la présence d'un *caillot* ou d'une *fausse membrane* détermine, dans le cours de l'hémorrhagie mensuelle normale, les mêmes accidents que nous avons signalés dans la métrorrhagie, et il est surprenant que les auteurs qui nous ont précédé n'aient pas mentionné cette cause de dysménorrhée. Nous en avons vu un exemple bien frappant chez une jeune femme : les règles, depuis plusieurs années, n'avaient presque jamais eu lieu sans être précédées de douleurs excessives ressemblant aux plus vives douleurs de l'enfantement, et ne cessant qu'au bout de quatre, cinq, six heures, quelquefois plus, par l'expulsion d'une fausse membrane épaisse de 3 ou 4 millimètres, rougeâtre, lisse d'un côté, tomenteuse de l'autre, et ayant une étendue telle, qu'elle pouvait couvrir complétement la surface interne d'un utérus sain. La cessation des douleurs, après l'expulsion de cette fausse membrane évidemment fibrineuse, était instantanée, et le sang commençait à couler, sans autre accident, jusqu'à la fin de l'époque menstruelle. M. le docteur Oldham (1) a décrit cette espèce particulière de dysménorrhée.

[La nature de ces membranes est maintenant connue. Kölliker, Scanzoni et la plupart des micrographes y ont reconnu la muqueuse utérine elle-même hypertrophiée et décollée de la surface interne de la matrice : « Ce qui le prouve irrécusablement, dit Scanzoni (2), c'est que nous y avons toujours trouvé de nombreux rudiments des glandes utriculaires... La formation de ces membranes, dont la texture histologique offre une grande analogie avec la caduque, qui se forme après la conception, est occasionnée sans nul doute par une hypérémie considérable et souvent répétée des parois de l'utérus, laquelle est suivie d'un excès de développement de la muqueuse. Le décollement de la membrane hypertrophiée a lieu soit à la suite d'une accumulation du liquide exsudé entre elle et la paroi utérine, soit mécaniquement par les contractions du tissu utérin qui précèdent l'hémorrhagie menstruelle.

« La grandeur de ces membranes est souvent très variable chez la même femme ; quelquefois elles ne dépassent pas les dimensions d'une pièce de 50 centimes, tandis qu'à la menstruation suivante elles présentent une étendue de 5 à 7 centimètres carrés. »]

MM. les docteurs Mackintosh et Oldham (3) ont signalé une autre espèce de dysménorrhée à laquelle ils donnent le nom de *dysménorrhée mécanique*. Elle est due à la contraction d'un point plus ou moins élevé de la cavité du col de l'utérus. Nous avons observé cette espèce, et, dans plusieurs cas, elle nous a paru résulter de cautérisations trop profondes faites sur le col et dans son intérieur. On détruit l'obstacle et la dysménorrhée qui en est la conséquence, par la dilatation du col, pratiquée comme la dilatation de l'urèthre dans les rétrécissements. Un cas de ce genre a été traité et guéri dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon (4).

M. Bennett (5), qui a eu occasion de voir plusieurs cas semblables, rejette l'em-

(1) *Gazette médicale de Londres*, extrait dans *Archives générales de médecine*, juillet 1847.
(2) *Maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858, p. 290.
(3) *Loc. cit.*
(4) Voyez *Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXIII, septembre 1847.
(5) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, etc.*, traduction de M. Aran.

[redacted]

ploi des bougies; nous décrirons au paragraphe *Traitement* le moyen employé pa ce médecin.

Nous devons signaler une autre espèce que nous avons observée fréquemment. Dans les *antéflexions* et les *rétroflexions*, le calibre du canal utérin est souven effacé au point où l'organe est vicieusement fléchi. Lorsque les règles apparaissent le sang a de la peine à s'échapper, parce que les parois en contact dans ce poin forment un obstacle. De là les douleurs utérines. Quand le sang a commencé l couler dehors, tout rentre dans l'ordre. Kiwisch a également signalé ces causes d dysménorrhée et en a parfaitement indiqué le mécanisme.

Il est des cas nombreux où un examen attentif ne trouve ni flexion exagérée, n maladie organique, ni obstacle à la sortie du sang. En pareil cas, on a recour pour expliquer la difficulté de la menstruation, à une altération du sang, à la plé thore ou bien à l'anémie, et plus encore à un état nerveux particulier qu'on désigné sous le nom d'*hystéralgie cataméniale*. Sans prétendre que ces explication portent à faux, nous ferons observer que les recherches sur ce sujet important son bien loin d'être suffisantes.

Enfin il faut indiquer la *névralgie lombo-utérine*, qui se mêle à tant d'affection de la matrice, et qui, depuis que nous l'avons décrite, a été l'objet plus ou moin bien apprécié des recherches de plusieurs médecins.

[Scanzoni pose une ingénieuse question qui pourrait bien expliquer certains c de dysménorrhée. « Si l'on a égard à une observation bien constatée, à savoir, qu la rupture des vésicules de de Graaf, situées dans les couches profondes du tis des ovaires, exige ordinairement une hypérémie plus considérable de ces organe qu'elle se fait attendre plus longtemps que celle des vésicules placées superficielle ment, et qu'elle entretient, par conséquent, pendant un temps plus long la con gestion menstruelle, on ne nous accusera pas d'imprudence si nous émetton l'opinion que la dysménorrhée peut aussi quelquefois avoir pour cause la matu ration habituelle d'ovules situés profondément et l'hypérémie prolongée et anor male qu'exige la rupture des vésicules qui les contiennent. »]

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la dysménorrhée sont très variés. Pour bien les étudier, faut tenir compte des diverses espèces que nous venons d'admettre.

1° Lorsque la dysménorrhée est liée à un état fluxionnaire de l'utérus, elle off les symptômes douloureux qui seront décrits à l'article *Congestion utérine.*

2° S'il s'agit d'une affection organique de la matrice, de la présence d'un polyp les symptômes peuvent être et sont en effet presque toujours les mêmes que da le cas précédent; car alors la fluxion utérine, aux époques menstruelles, est u phénomène fréquent.

3° La dysménorrhée due à la présence d'un caillot ou au décollement de la mu queuse utérine mérite une mention particulière. On a vu, dans le fait cité plu haut, que les *douleurs* peuvent être excessives; elles sont, dans tous les cas, d'un violence notable, et elles ont pour caractère de cesser brusquement par l'expulsio du corps étranger.

Il faut, dans tous les cas de dysménorrhée, mais surtout dans ceux où l'on

[redacted]

quelque raison de croire à la formation de ces corps étrangers, avoir soin de *toucher* les femmes. En pareille circonstance, comme dans la *ménorrhagie*, on peut, en effet, reconnaître la présence des corps étrangers, et en favoriser l'expulsion, ou même, dans quelques cas, en pratiquer l'extraction.

4° Les douleurs qui constituent la dysménorrhée hystéralgique, ou *hystéralgie cataméniale*, constituent, comme dans les espèces précédentes, le principal symptôme. Elles restent fixées dans le bassin, ou s'irradient au loin, ou enfin occupent d'autres parties du corps.

5° A l'aide d'une sonde utérine introduite dans le col, il faut rechercher si celui-ci n'est pas rétréci.

6° Par le toucher et par l'introduction de la sonde utérine, on s'assure s'il n'y a pas une inflexion qui efface le calibre du canal utérin.

7° Par la pression, on doit rechercher s'il existe des points douloureux sur le col et sur le trajet des nerfs lombaires. Un des principaux est dans les fosses iliaques.

Les *douleurs* fixées dans le bassin ressemblent complétement à celles qu'on observe dans la fluxion utérine : ce sont des tiraillements, des élancements, un sentiment de torsion, de chaleur incommode dans le vagin. Celles qui s'irradient au loin consistent en tiraillements dans les lombes, les cuisses, les aines, et en élancements souvent très douloureux. Enfin les douleurs fixées autre part présentent souvent, comme j'ai pu m'en assurer dans de nombreuses circonstances, le *caractère névralgique*. Nous avons vu, en effet, chez des femmes, des névralgies intercostales et lombo-abdominales, avec les points douloureux qui les caractérisent, et les migraines névralgiques, durer pendant un, deux, trois jours, quelquefois plus, avant l'apparition des règles, et disparaître lorsque l'hémorrhagie s'établissait. Et de plus nous avons constaté, dans un bon nombre de cas, l'existence de points névralgiques sur le col de l'utérus et sur le trajet des nerfs lombaires (1). Depuis lors, MM. Malgaigne et Beau, dont nous mentionnerons plus loin les recherches, ont fait des observations semblables.

Il n'est pas rare de voir des *douleurs des reins* survenir par suite d'une turgescence facile à apprécier lors de l'éruption difficile des règles. Quelquefois les femmes éprouvent un brisement marqué des membres, des douleurs d'estomac, les digestions difficiles. Quelques-unes enfin ont de véritables attaques d'*hystérie*.

M. Gendrin a cité une observation remarquable par le nombre et la violence des symptômes, bien que le volume normal de l'utérus fût constaté à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum. On observa, dans ce cas, des coliques violentes presque continues, une *vive sensibilité à la pression* dans les régions hypogastrique et lombaire, un sentiment très pénible de courbature dans tout le pourtour du bassin et dans les cuisses, une *tuméfaction douloureuse des mamelles*, du *dévoiement*, des *épreintes*, des *nausées*, des *efforts de vomissement*, et en même temps des *défaillances*, des *syncopes*, une *vive douleur de tête*, et par moments des *accidents spasmodiques hystériformes*. Il est rare que la dysménorrhée soit portée à un aussi haut degré.

(1) Voyez *Traité des névralgies* (Paris, 1841), et *Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1847.

Dans tous les cas, il y a un *malaise général*, souvent une *céphalalgie* occupant toute la tête, et plus forte vers la nuque. Les malades sont extrêmement irritables, fantasques, bizarres; elles ont quelquefois des bouffées de chaleur au visage, et quelquefois des horripilations; et ce qu'il a de remarquable, ce qui prouve bien la nature nerveuse de l'affection, c'est qu'au milieu de ces symptômes violents, le *pouls* reste presque toujours parfaitement calme.

Il est ordinaire de voir ces phénomènes se calmer beaucoup et même disparaître complétement lorsque l'hémorrhagie menstruelle s'établit; cependant on voit des dysménorrhées continuer même alors que le sang a commencé à couler. Presque constamment, en pareil cas, le sang s'échappe avec peine, goutte à goutte, et semble être exprimé péniblement par des contractions utérines douloureuses. Parfois même ce n'est qu'un liquide muco-séreux ou sanguinolent qui est ainsi rendu. C'est là ce que, à l'exemple d'Aétius, quelques auteurs ont appelé *stillicidium uteri*. Il est vrai de dire que cet écoulement pénible et douloureux s'observe bien plus souvent dans la dysménorrhée par engorgement sanguin de l'utérus que dans la dysménorrhée hystéralgique.

[*Formes principales.* — Comme il nous paraît important, au point de vue de la thérapeutique, de fixer nettement les caractères des deux variétés principales de la dysménorrhée, savoir : la *dysménorrhée nerveuse* et la *dysménorrhée congestive*, nous en empruntons la description à l'ouvrage de Scanzoni.

1° *Dysménorrhée nerveuse.* — « Les femmes qui souffrent de cette anomalie présentent ordinairement des phénomènes plus ou moins nombreux d'une irritabilité excessive du système nerveux tout entier, ou seulement de quelqu'une de ses parties. Elles sont presque toutes hystériques, et, en les observant de plus près il n'est pas difficile de remarquer en elles l'un ou l'autre des symptômes de cette maladie. Cependant on se tromperait beaucoup en croyant que cette forme de dysménorrhée ne se rencontre que chez des sujets délicats, maigres et anémiques; tout praticien a l'occasion d'observer la dysménorrhée nerveuse chez des femmes d'une bonne constitution, robustes et pléthoriques.

» Les symptômes sont ordinairement les suivants : Quelques jours déjà avant l'apparition des règles, les malades montrent une mauvaise humeur surprenante; elles sont abattues, capricieuses, évitent la société, recherchent la solitude et accusent un malaise général qu'elles ne peuvent définir nettement. Plus tard, simultanément à divers troubles digestifs, tels que des éructations, des flatuosités, de la constipation, etc., elles se plaignent d'une céphalalgie très pénible, souvent bornée à l'un des côtés de la tête, et à laquelle se joignent souvent des troubles visuels, particulièrement la photophobie, accompagnée d'une hypersécrétion des glandes lacrymales. Peu à peu des sensations douloureuses dans les organes du bassin se font sentir : ce sont des tiraillements, des élancements, qui restent bornés à la région utérine ou s'irradient vers les cuisses, le siége et les lombes; très souvent ils s'étendent aussi aux mamelles, quoique avec moins d'intensité. A ces accidents viennent fréquemment se joindre une constriction convulsive du vagin, un prurit de la vulve très désagréable, plus fréquemment encore un ténesme vésical et rectal. L'urine, rejetée en petite quantité, est d'un jaune-paille, presque toujours alcaline et renferme, au bout de quelque temps, un grand nombre de champignons et de vibrions. Tous ces symptômes augmentent graduellement et atteignent leur maxi-

[redacted]

mum d'intensité immédiatement avant l'apparition du flux menstruel ; ils se tem pèrent en général assez rapidement, dès que l'écoulement est bien établi ; il y a même des cas où les malades, peu auparavant très souffrantes, se trouvent parfai tement bien quelques heures après le commencement des menstrues, et se metten aussitôt à vaquer à leurs affaires, ce qui, avant cela, leur avait été complétemen impossible pendant plusieurs jours. Chez la plupart des malades, ces accès s répètent à chaque période avec plus ou moins d'intensité. Quelquefois cependan ils disparaissent tout à coup pour ne plus revenir, sans qu'il soit possible de décou vrir la cause de cette guérison.

» Nous ajouterons encore que, dans cette forme de dysménorrhée, l'exploratio de l'utérus et de ses annexes ne fait connaître aucune altération anatomique Cependant il ne faut pas oublier que, lorsqu'il existe des vices organiques de l matrice, tels que ceux que nous avons signalés plus haut, les règles sont souven précédées des mêmes symptômes que nous venons de décrire. »

2° *Dysménorrhée congestive.* — « Cette forme est essentiellement caractérisé par les phénomènes de la congestion des organes du bassin. Un ou plusieurs jour avant le retour des règles, les malades accusent un sentiment de plénitude, d pesanteur et de chaleur dans le bassin, des douleurs compressives vers le sacrum un besoin fréquent d'uriner et d'aller à la selle ; puis à ces symptômes viennen se joindre une excitation fébrile plus ou moins prononcée. Les signes de la con gestion cérébrale manquent rarement : le visage est rouge, l'œil a un éclat in solite, les carotides battent avec force, le front et l'occiput sont le siége d'un céphalalgie intense. Fréquemment aussi l'activité anormale du système vasculair donne lieu à des palpitations passagères ou même continues et à des transpiration abondantes. Il y a rarement du délire, des convulsions ou du coma.

» Au toucher, on trouve la température du vagin élevée, la région inguinale e l'utérus douloureux ; ce dernier est quelquefois notablement grossi, tuméfié, e cette tuméfaction disparaît d'ordinaire peu de temps après le commencement d l'écoulement ; elle est surtout prononcée lorsque la dysménorrhée congestive es compliquée d'un engorgement chronique de l'organe. Dans ces cas-là, les malade elles-mêmes disent que la tumeur qu'elles sentent au travers des parois abdomi nales augmente de volume trois ou quatre jours avant chaque période. L'hémor rhagie est au commencement très peu copieuse, elle se borne quelquefois à quel ques gouttes de sang ; au bout de deux ou trois jours, quelquefois encore plu tard, les douleurs expulsives diminuent d'intensité ou cessent complétement, e même temps que l'écoulement devient plus abondant ; et il n'est pas rare qu' devienne une véritable ménorrhagie qui dure encore six à huit jours ; souven alors le sang est coagulé en assez gros caillots.

» Nous devons mentionner aussi les cas dans lesquels les malades, tout en pr sentant les symptômes de la dysménorrhée congestive, rendent des fragmen membraneux d'une grandeur variable. » Ce sont ces membranes que nous avo décrites comme étant la muqueuse utérine elle-même, hypertrophiée et décollée

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La dysménorrhée est *ordinairement continue*, et présente une marche croissan *c'est-à-dire que, quelques jours avant les règles*, les femmes qui y sont suj

[redacted]

commencent à s'apercevoir, à un malaise particulier, que leur éruption se prépare. Puis le malaise augmente, les douleurs et les autres symptômes s'y joignent, et ils arrivent à leur summum au moment où le sang va se montrer.

La *durée* de la dysménorrhée est, comme nous l'avons dit plus haut, de deux ou trois jours; quelquefois néanmoins, elle se prolonge davantage, et dans certains cas on ne la voit durer que quelques heures. Quant à la *terminaison*, elle est toujours heureuse; mais, ainsi que nous l'avons vu, l'apparition des premières gouttes de sang ne fait pas toujours disparaître les douleurs; quelquefois même les douleurs augmentent, ce que l'on doit presque toujours attribuer à la formation et à la rétention de caillots sanguins dans la cavité de l'utérus. Nous n'avons trouvé aucune observation dans laquelle ces douleurs aient persisté après les règles. Il est des cas, sans doute, où il reste un état de souffrance de l'utérus, mais cette souffrance est causée, soit par une névralgie, soit par une maladie organique que la dysménorrhée était venue exaspérer.

§ V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons pas besoin de dire quelles sont les *lésions anatomiques* qu'on trouve dans la dysménorrhée par engorgement sanguin et par lésion organique; elles n'appartiennent pas à la dysménorrhée elle-même. Quant à celles qui sont causées par un caillot ou par une membrane, ce sont ces corps étrangers eux-mêmes qui, avec un certain degré d'engorgement, constituent les altérations anatomiques. Vient ensuite la dysménorrhée hystéralgique; mais on n'a pas pu faire de recherches anatomiques sur ce point, et si nous nous rappelons l'état d'intégrité dans lequel une exploration attentive a trouvé l'utérus dans les cas les plus intenses, nous sommes porté à admettre que ces recherches, si elles avaient pu être faites, n'auraient conduit à aucun résultat important. Reste la dysménorrhée produite par les flexions de l'utérus, le rétrécissement de l'orifice interne, l'aplatissement du canal utérin. Il est très probable qu'avant les dernières recherches sur les déviations utérines, on a pris bien des cas de ce genre pour des dysménorrhées hystéralgiques. Nous reviendrons sur ces points d'anatomie pathologique dans l'histoire des *déviations utérines*.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la dysménorrhée ne présente ordinairement aucune difficulté. La coïncidence des douleurs avec l'approche de l'époque menstruelle, leur disparition lorsque les règles sont établies ou ont suffisamment coulé, leur retour à une époque suivante, font cesser tous les doutes.

Cependant on a cité, comme pouvant être confondu avec la dysménorrhée, l'état douloureux qui résulte de la *fluxion hémorrhoïdaire*. Les douleurs, dans les deux cas, occupent le bassin et peuvent s'irradier au loin, et les symptômes généraux sont à très peu près les mêmes. Mais la turgescence douloureuse des glandes mammaires n'a pas lieu dans la fluxion hémorrhoïdaire, qui fréquemment a pu, en se montrant hors de l'époque des règles, fixer l'attention du médecin, et, dans tous les cas, l'examen du rectum, qu'il faut faire dès qu'il y a le moindre doute, lève toutes les difficultés.

ıe le médecin est surtout intéressé à rechercher avec soin, parce qu'il peut des conclusions très utiles pour le traitement, c'est *la condition organique* quelle s'est produite la dysménorrhée. Or, nous devons renvoyer, sous ce aux divers articles particuliers qui concernent les états morbides auxquels :he la dysménorrhée, tels que la congestion sanguine, les maladies orga- le rétrécissement, la flexion du col, la névralgie lombo-utérine. Si aucun signes n'existe; si, à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum, on l'intégrité de la matrice et sa position normale, il est évident qu'on a affaire spèce appelée dysménorrhée hystéralgique.

ostic. — Le pronostic ne saurait être grave, en ce sens que les jours de la ne sont pas menacés. Dans certains cas de dysménorrhée symptomatique tain que les femmes sont en danger, mais ce n'est évidemment pas à la rrhée elle-même qu'il faut attribuer ce danger, même en partie. On ne dire, d'un autre côté, que le pronostic ne présente jamais un côté sérieux. ı effet, des dysménorrhées très rebelles, et qui peuvent être pendant de années une source d'incommodités très grandes pour les femmes. Nous ons sur ce point en parlant du traitement.

·on admettre qu'une dysménorrhée longtemps prolongée, soit capable de · des altérations chroniques des parois utérines ? On doit penser, en géné- les lésions observées ont précédé la dysménorrhée et en ont été la cause ue l'effet, et c'est à cette opinion que se rangent la plupart des médecins , comme MM. Nonat, Aran, Becquerel, ainsi que Scanzoni. Cependant il : de concevoir que des congestions répétées et difficilement satisfaites puis- ›orter dans les parois utérines les éléments plastiques des inflammations, luctions fongueuses, fibreuses, etc. ; peut-être même peuvent-elles être, ause, mais l'élément localisateur d'une diathèse cancéreuse.]'

§ VII. — Traitement.

exposer méthodiquement le traitement de la dysménorrhée, il faut de toute é tenir compte de la division établie plus haut.

il s'agit d'une *dysménorrhée par engorgement sanguin*, ou *congestive*, il ourir au traitement qui sera indiqué à l'article *Congestion utérine*, en in- ›eaucoup sur les *émissions sanguines locales*, sur les *émollients*, les *bains* et *otiques*, à la tête desquels il faut placer l'*opium*. Les *lavements laudanisés froids* et les vésicatoires morphinés constituent, en pareil cas, les moyens efficaces qu'on puisse employer.

surtout dans cette dysménorrhée que Lisfranc conseille avec insistance de *saignées révulsives*, un peu avant chaque époque menstruelle. Après en précisé l'époque du retour des règles, et avoir noté combien de jours :ur apparition durent ordinairement les symptômes de la dysménorrhée, on e, un ou deux jours avant que ces symptômes viennent à apparaître, ou ı qu'ils existent, si l'on a été appelé trop tard, une petite saignée de 100, 30 grammes, qu'on renouvelle ensuite aux époques menstruelles suivantes, complète guérison. M. Gendrin, qui a mis maintes fois en pratique cette ion, et notamment dans le cas que nous avons cité plus haut, lui attribue breux succès.

[A l'article *Métrite* nous indiquerons les formules proposées par M. Nonat pour l'emploi des saignées. Disons seulement ici que ce médecin distingué n'élève la dose du sang et ne répète les saignées deux ou trois fois par mois que chez les femmes d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin. Chez celles dont la constitution est moyenne et le sang peu riche, il n'a recours aux saignées que quand les souffrances sont très vives, et il conseille de ne pas dépasser la dose de 60 à 80 grammes.]

C'est dans le même but que la médication dérivative a été mise en usage ; que les uns conseillent, avec Sennert et Stahl, la *saignée du pied*, un petit nombre de *sangsues* (deux, trois ou quatre, rarement plus) aux cuisses, aux aines, au périnée, et les autres simplement des *pédiluves sinapisés*, l'*exposition du siége à la vapeur de l'eau bouillante*, des *ventouses sèches* autour du bassin ; en un mot, les moyens qui paraissent les plus propres à provoquer l'éruption du sang en le faisant affluer vers l'utérus. Il est des cas où, bien que ce soit la fluxion qui produise les accidents, un effort de plus suffit pour déterminer le suintement sanguin et le soulagement qui en est la suite ordinaire.

En pareil cas, on propose encore de mettre en usage de *légers emménagogues*. Madame Boivin et Dugès recommandent en particulier l'*aloès* et l'*armoise*. On peut prescrire le premier de la manière suivante :

℞ Aloès	0,60 gram.	Cannelle	0,10 gram.
Extrait de gentiane	0,30 gram.		

Mêlez. Faites douze pilules. Dose : une matin et soir.

Quant à l'*armoise*, on la prescrit en infusion suffisamment édulcorée à la dose de 10 à 15 grammes par kilogramme d'eau.

Il est évident qu'on peut remplacer ces emménagogues par beaucoup d'autres ; cependant nous n'insistons pas sur ce point, parce que, dans l'espèce de dysménorrhée dont il s'agit, il serait imprudent de recourir à de trop forts excitants de l'utérus. C'est au praticien à juger, d'après les symptômes, s'il doit insister sur cette médication ou l'abandonner. Dans tous les cas, les emménagogues violents ne doivent pas être employés.

2° On comprend facilement que la *dysménorrhée liée à une affection organique* de l'utérus ne demande pas de traitement particulier. Les moyens doivent être choisis suivant qu'il y a congestion utérine ou simple trouble nerveux, et unis à ceux qu'on dirige contre l'affection organique. Quant à la dysménorrhée qui est liée à l'existence d'un *polype*, on peut, par les moyens qui viennent d'être indiqués, ou par ceux qui vont être passés en revue, en calmer plus ou moins les symptômes ; mais on ne la fait cesser que par l'extirpation de la production morbide.

3° La *dysménorrhée produite par la formation d'un caillot ou d'une fausse membrane* ne peut cesser, lorsqu'elle s'est produite, que par l'expulsion ou l'*extraction* de ce corps étranger ; mais on peut se demander s'il n'y aurait aucun moyen de prévenir sa formation, et d'épargner aux femmes les accidents quelquefois si violents qui précèdent les règles. Les auteurs n'ont malheureusement pas fixé leur attention sur ce point important.

L'idée qui se présente d'abord à l'esprit, c'est que, en pareil cas, le sang a une

· anormale; la formation si prompte et si facile des caillots, et la présence te des fausses membranes fibrineuses, ne paraissent guère possibles sans idition. Aussi, dans le cas qui a été cité plus haut, avions-nous pensé qu'il ile de pratiquer de petites saignées de 80 à 100 grammes deux ou trois int l'époque menstruelle, de faire prendre dans l'intervalle des règles sept *bains alcalins*, de prescrire à l'intérieur le *carbonate de soude* à la dose de ammes par jour, en trois doses, dans un demi-verre d'eau sucrée, et enfin eiller une tisane d'*orge et de chiendent*, avec 0,75 gram. de nitrate de Cette médication n'empêchait pas l'emploi des *narcotiques* et des *anti-tiques* à l'apparition des douleurs. Malheureusement, il ne nous a pas été de suivre l'emploi de ces moyens et d'en constater les résultats. Nous les à l'appréciation des praticiens qui auront l'occasion d'observer des cas les. Les *émollients* et les *adoucissants* ne sont, du reste, pas moins néces-ans ces cas que dans les précédents.

;oit que Valleix prenait les membranes expulsées pour des produits anor-et qu'il ignorait qu'elles fussent formées par la muqueuse utérine. Néan-es indications qu'il pose nous paraissent extrêmement sensées et pleines de . car elles conviennent au moins à la formation des caillots.

it au décollement de la muqueuse utérine, on a proposé de le prévenir par térisations de la surface interne de l'utérus au moyen du nitrate d'argent et à l'aide d'injections intra-utérines de liquides astringents. Scanzoni dit nployé ces moyens pendant des mois entiers, sans aucun succès; de sorte borne à l'emploi des antiphlogistiques locaux.]

a *dysménorrhée qui a pour cause un rétrécissement utérin* doit être traitée *dilatation*, à l'aide des sondes, de l'éponge, etc. Nous exposerons ce traite-lus loin.

a *dysménorrhée par flexion* exige le redressement de l'utérus que l'on ob-l'aide de l'*emploi journalier de la sonde utérine*, et ensuite de l'*application resseur intra-utérin*. Ce traitement, sur lequel nous ne pouvons pas nous e ici, nous a déjà procuré un bon nombre de guérisons de déviations uté-t de la dysménorrhée qui en est la conséquence.

.orsque *la dysménorrhée est due à une névralgie lombo-utérine*, il faut em-, outre les médicaments qui vont être énumérés à propos de la dysménor-ystéralgique, qui a beaucoup de rapport avec elle, et qui même, dans beau-le cas cités par les auteurs, reconnaissait très probablement pour cause une gie de ce genre, les moyens topiques dirigés contre cette affection. Ainsi, les *toires sur le trajet des nerfs lombaires*, la *cautérisation superficielle du col e fer rouge*, la *cautérisation lombaire* (Mitchell), la *section du col* (Mal-), etc.

La *dysménorrhée hystéralgique* ou *hystéralgie cataméniale*, ou *dysménor-nerveuse*, est celle que l'on a traitée par le plus grand nombre de moyens. qui se sont présentés tout d'abord, et que l'on a le plus fréquemment pres-sont les antispasmodiques.

tispasmodiques. — Les principaux antispasmodiques mis en usage sont le *bre*, l'*asa fœtida*, le *musc* et le *castoréum*. Ces substances ont été diverse-associées entre elles ou avec d'autres, et il n'est pas de médecin qui ne sache

[redacted]

convenablement les manier. Nous nous bornerons donc à indiquer seulement quelques préparations qui jouissent d'une réputation assez grande dans le traitement des accidents qui nous occupent.

L'*asa fœtida* peut être ingérée dans l'estomac sous forme de potion ou de teinture. La préparation suivante est assez usitée dans la dysménorrhée.

℞ Asa fœtida	1,25 gram.	Liqueur de corne de cerf succinée.	30 gram.

Faites une solution parfaite. Dose : de dix à vingt gouttes dans un verre d'eau, deux ou trois fois par jour.

On donne plus fréquemment encore cette substance en *lavement*, à cause de sa saveur et de son odeur repoussantes.

La formule suivante, dans laquelle le *camphre* est la substance principale, a été vivement conseillée par Dewees :

Camphre	1,25 gram.	Sucre	Q. s.
Gomme arabique	4 gram.	Eau de cannelle	30 gram.

A prendre en deux fois dans la journée.

On sait que le *camphre* se donne très souvent aussi dans un quart ou un demi-lavement, et délayé dans un jaune d'œuf. Nous indiquerons plus loin celui que conseille Lisfranc, et qui contient, outre le camphre, une certaine quantité de *laudanum*.

Il n'est assurément pas de médicament qui ait joui d'une plus grande réputation contre les affections utérines et contre la dysménorrhée en particulier, que le *castoréum*, aujourd'hui assez négligé. Il fait partie d'une multitude de préparations dont quelques-unes sont remarquables par la grande quantité de substances qu'elle renferment. Nous nous bornerons à citer la suivante, dans laquelle entrent l'*éther* et une *substance ammoniacale*, et qui peut être prescrite dans le plus grand nombre des cas :

℞ Teinture de castoréum.. / Esprit de corne de cerf..	àà 10 gram.	Éther sulfurique	4 gram.

Dose : trente à quarante gouttes dans une tasse d'infusion de camomille.

Nous nous bornerons à citer encore des préparations analogues dans lesquelle entre le *musc*; mais on les trouvera avec trop de facilité pour qu'il soit réellement utile de les consigner ici. Nous devons cependant faire une mention spéciale de l'*éther*, qui est d'une utilité incontestable et du plus grand usage. Il suffit de prescrire une *potion éthérée* ordinaire.

Narcotiques. — Les narcotiques sont indiqués dans la dysménorrhée hystéralgique, bien plus encore que dans celle qui reconnaît pour cause un engorgement sanguin. L'*opium* est celui que l'on emploie le plus fréquemment. M. Pigeaux a réuni l'opium au camphre, sous le nom de *pilules contre la dysménorrhée*, dans la formule suivante :

℞ Opium brut	0,05 gram.	Camphre	0,30 gram.

Mêlez. Faites deux pilules. Dose : une matin et soir.

[redacted]

On peut ajouter, ainsi qu'il suit, le *castoréum* à ces substances :

℞ Poudre de castoréum....	4 gram.	Extrait d'opium............	0,50 gram.
Camphre..............	0,50 gram.	Rob de sureau.............	Q. s.

Faites douze bols. Dose : deux toutes les six heures.

Lisfranc recommande le *lavement* suivant, qu'il faut prendre presque froid, et en se couchant, pour qu'il soit plus facilement conservé :

℞ Eau de guimauve..................	Q. s. pour un quart de lavement.
Laudanum de Sydenham.............	4, 6, 8 gouttes et plus, suivant les cas.
Camphre dissous dans un jaune d'œuf...	de 0,15 à 0,30 gram.

Mêler. Continuer ce quart de lavement tant que durent les douleurs, et même dans l'intervalle des règles.

L'extrait de *belladone* et celui de *jusquiame* peuvent aussi être mis en usage ; mais il suffit d'avoir bien établi l'indication pour que le traitement devienne facile, et que de plus grands détails cessent d'être indispensables.

Les *pessaires médicamenteux* sont aussi très utiles. On peut les faire avec un mélange de cire, d'axonge et d'extrait de belladone ou de ciguë. S'ils ne peuvent pas être supportés à cause de leur consistance, on les remplace par des *sachets* de mousseline que l'on remplit de cataplasme froid ou tiède de farine de graine de lin, et que l'on enduit d'une pommade calmante à l'opium, à la belladone ou à la ciguë ; on peut les introduire sans le secours du spéculum.

Les frictions d'un *onguent au chloroforme* sur l'hypogastre ou au sacrum sont souvent utiles.

Injections de vapeur de chloroforme dans le vagin. — Scanzoni dit en avoir obtenu d'excellents résultats, et que souvent il a suffi de quelques minutes pour faire complétement disparaître les douleurs. Voici la description que donne cet auteur de l'appareil qu'il met en usage et de la manière de le faire fonctionner :

« L'appareil se compose d'une vessie de caoutchouc vulcanisé, munie d'une canule de bois qui s'adapte par une vis à l'un des pôles d'une sphère creuse de laiton. Cette sphère a environ 52 millimètres de diamètre et peut être séparée en deux moitiés. Le pôle est également percé d'une ouverture dans laquelle est fixé un tube du même métal, auquel s'adapte un tuyau de caoutchouc vulcanisé d'environ 50 centimètres de long. Celui-ci se termine par un anneau dans lequel se visse une canule utérine; l'anneau et la canule sont de corne.

« Pour faire fonctionner ce petit appareil, on n'a qu'à mettre dans la capsule de laiton un peu de coton humecté de chloroforme, puis on introduit la canule aussi haut que possible dans le vagin. Par une compression exercée sur la vessie, on fait passer l'air qu'elle renferme dans la sphère de laiton ; il se sature ainsi de vapeur de chloroforme qu'il entraîne avec lui jusque sur le col de la matrice. »

Injections de gaz acide carbonique. — On sait que l'acide carbonique gazeux a été employé il y a déjà longtemps comme moyen calmant des douleurs, c'est-à-dire comme *anesthésique local.* M. le docteur Le Juge (1) rapporte les premiers

(1) *Thèse. Paris, 1858.*

essais à Ingenhousz, physicien hollandais en 1794, à Beddoës, et à John Ewart, chirurgiens anglais; le dernier l'appliquait à des cancers du sein.

« Ce fut seulement en 1834, dit M. Le Juge, que le docteur Mojon, professeur et médecin à Gênes, fit usage du gaz acide carbonique comme anesthésique. Il l'employa avec succès en fumigations dans les douleurs vives, poignantes, accompagnées de tortillements dans la région utérine, que certaines femmes éprouvent quelques jours et souvent quelques heures avant l'apparition des règles..... En juillet 1856, M. Simpson, professeur d'accouchements à Edimbourg, conseille les douches d'acide carbonique comme anesthésique local dans les névralgies du vagin, et de l'utérus et dans divers autres états morbides de ces organes, accompagnés de douleurs.... M. Follin (1) employa le premier, en France, les douches d'acide carbonique, » et il obtint des succès. Depuis cette époque, MM. Broca (2) et Ch. Bernard (3), médecins des hôpitaux, ont essayé avec plus ou moins de succès cet agent anesthésique, et M. Le Juge a rapporté une partie des expériences de M. Ch. Bernard.

Il n'entre pas dans notre plan d'exposer les phénomènes physiologiques produits par les injections d'acide carbonique. Nous emprunterons seulement à la thèse que nous venons de citer le passage suivant : « Les effets immédiats du gaz acide carbonique ont été de calmer des douleurs parfois très vives chez certaines de nos malades. Quelques-unes en ont éprouvé la cessation aussitôt après la première injection. L'effet anesthésique tantôt se maintenait toute la journée pour disparaître vers le soir; la malade prenait alors une seconde injection, et le bien-être recommençait pour durer jusqu'au lendemain matin; tantôt la durée anesthésique du gaz n'était que de quelques heures. Quelques-unes ont pris trois injections gazeuses par jour; la disparition des douleurs a été plus rapide et plus permanente chez celles-là. »

Le procédé de production et d'injection de l'acide carbonique est encore fort primitif, et il y a lieu d'espérer qu'il sera perfectionné.

L'appareil employé par M. Bernard se compose d'un flacon à deux ou trois tubulures, de la contenance d'un litre. On y introduit deux cartouches contenant :

L'une,

Bicarbonate de soude.......................... 25 gram.

et l'autre

Bisulfate de potasse.......................... 20 gram.

On opère le mélange et l'on ajoute une quantité d'eau suffisante pour le couvrir. On ferme une tubulure, et le gaz se dégage par l'autre, qui est munie d'un tube de caoutchouc terminé par une canule vaginale; cette canule doit être introduite dans le vagin avant le dégagement du gaz. On peut placer sur le trajet du conducteur une sphère creuse contenant une éponge imbibée de chloroforme, afin d'avoir un mélange de vapeur de cette substance avec le gaz acide carbonique.]

(1) *Archives générales de médecine*, novembre 1856.

(2) *Anesthésie par le gaz acide carbonique dans les cas d'affections douloureuses de la vessie* (*Moniteur des hôpitaux*, 4 août 1857).

(3) *Archives générales de médecine*, novembre 1857.

Excitants. — De légers excitants ont été conseillés par beaucoup d'auteurs. L. Trousseau et Pidoux (1) insistent beaucoup sur leur utilité dans les cas de nstruation douloureuse et difficile, avec frissonnements, pandiculations, spasmes ers, et surtout coliques utérines déchirantes. Les infusions de *menthe*, de *mé-e*, de *romarin*, de *lavande*, de *serpolet*, de *sauge*, etc., sont les moyens les s simples et les plus efficaces à mettre en usage, lorsque l'on pense que cette ère excitation est nécessaire.

Dilatation de l'orifice interne de l'utérus. — Quand l'aménorrhée dépend d'un écissement de la cavité du col, M. le docteur Bennett (2) emploie avec avan-e les tentes d'éponge de M. Simpson. « Ce sont, dit ce médecin, de très petits es d'un pouce à un pouce trois quarts de longueur, dont l'extrémité la plus petite mousse, et qui sont enduits d'une couche mince de cire. Je prends un de ces es, le plus petit ordinairement, et je le porte dans la cavité du col aussi haut e je le peux, au moyen d'un stylet ou du mandrin de M. Simpson; je le laisse place pendant vingt-quatre ou trente-six heures; la cire qui sert d'enveloppe éponge se ramollit et protége en quelque sorte les tissus contre la dilatation pro-ite par le gonflement de l'éponge; la résistance du col est vaincue, et le résultat tenu sans avoir irrité la membrane muqueuse....

» La première éponge ne pénètre pas à une profondeur de plus d'un quart de ce ou d'un demi-pouce; mais chaque nouvelle tente qui est introduite pénètre haut. De crainte de produire de l'irritation, je n'en introduis que chaque q ou six jours, de sorte qu'il faut en général tout l'intervalle compris entre x périodes menstruelles pour obtenir la dilatation du col. Le jour où l'on retire tente, ce qui se fait au moyen d'un fil de soie qui traverse la base du cône, il y a écoulement muqueux assez abondant; aussi fais-je des injections froides répé-s dans le vagin, afin de faire tomber l'irritation que cette manœuvre peut avoir uite. »

Voici les détails que M. le professeur Simpson a donnés (3) sur la préparation de éponges.

« Les éponges que j'emploie, dit l'honorable professeur, offrent la forme d'un e ou d'une pyramide allongée. J'en ai de longueurs et de grandeurs diverses, vant le but que je me propose. Pour préparer ces tentes, on trempe un mor-u d'éponge dans une forte solution de gomme arabique; on le lie ensuite et on comprime autour d'une tige centrale au moyen d'une ficelle, en lui donnant la e d'un cône; puis on le fait sécher, on enlève la ficelle, et plus tard on enduit surface de la tente avec du suif ou avec un mélange de cire et d'axonge pour liter son introduction. Le canal intérieur qui doit recevoir la tige du mandrin sert à porter la tente dans la cavité du col ne doit pas avoir une profondeur de s d'un demi-pouce ou d'un pouce à partir de la base du cône. Un des côtés de e base est traversé par un fil qui sert à retirer l'éponge...... L'introduction se par le même procédé que pour le cathétérisme utérin. Il faut faire quelquefois injections d'eau tiède pour faciliter la dilatation. »

(1) *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, 6e édition. Paris, 1858, t. II, p. 474, passim.
(2) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, trad. par le docteur Aran. Paris, 1840.
(3) *Monthly Journal*, janvier 1850.

Dans tous les cas, il y a un *malaise général*, souvent une *céphalalgie* occupant toute la tête, et plus forte vers la nuque. Les malades sont extrêmement irritables, fantasques, bizarres; elles ont quelquefois des bouffées de chaleur au visage, et quelquefois des horripilations; et ce qu'il a de remarquable, ce qui prouve bien la nature nerveuse de l'affection, c'est qu'au milieu de ces symptômes violents, le *pouls* reste presque toujours parfaitement calme.

Il est ordinaire de voir ces phénomènes se calmer beaucoup et même disparaître complétement lorsque l'hémorrhagie menstruelle s'établit; cependant on voit des dysménorrhées continuer même alors que le sang a commencé à couler. Presque constamment, en pareil cas, le sang s'échappe avec peine, goutte à goutte, et semble être exprimé péniblement par des contractions utérines douloureuses. Parfois, même ce n'est qu'un liquide muco-séreux ou sanguinolent qui est ainsi rendu. C'est là ce que, à l'exemple d'Aétius, quelques auteurs ont appelé *stillicidium uteri*. Il est vrai de dire que cet écoulement pénible et douloureux s'observe bien plus souvent dans la dysménorrhée par engorgement sanguin de l'utérus que dans la dysménorrhée hystéralgique.

[*Formes principales.* — Comme il nous paraît important, au point de vue de la thérapeutique, de fixer nettement les caractères des deux variétés principales de la dysménorrhée, savoir : la *dysménorrhée nerveuse* et la *dysménorrhée congestive*, nous en empruntons la description à l'ouvrage de Scanzoni.

1° *Dysménorrhée nerveuse.* — « Les femmes qui souffrent de cette anomalie présentent ordinairement des phénomènes plus ou moins nombreux d'une irritabilité excessive du système nerveux tout entier, ou seulement de quelqu'une de ses parties. Elles sont presque toutes hystériques, et, en les observant de plus près, il n'est pas difficile de remarquer en elles l'un ou l'autre des symptômes de cette maladie. Cependant on se tromperait beaucoup en croyant que cette forme de dysménorrhée ne se rencontre que chez des sujets délicats, maigres et anémiques; tout praticien a l'occasion d'observer la dysménorrhée nerveuse chez des femmes d'une bonne constitution, robustes et pléthoriques.

» Les symptômes sont ordinairement les suivants : Quelques jours déjà avant l'apparition des règles, les malades montrent une mauvaise humeur surprenante; elles sont abattues, capricieuses, évitent la société, recherchent la solitude et accusent un malaise général qu'elles ne peuvent définir nettement. Plus tard, simultanément à divers troubles digestifs, tels que des éructations, des flatuosités, de la constipation, etc., elles se plaignent d'une céphalalgie très pénible, souvent bornée à l'un des côtés de la tête, et à laquelle se joignent souvent des troubles visuels, particulièrement la photophobie, accompagnée d'une hypersécrétion des glandes lacrymales. Peu à peu des sensations douloureuses dans les organes du bassin se font sentir : ce sont des tiraillements, des élancements, qui restent bornés à la région utérine ou s'irradient vers les cuisses, le siége et les lombes; très souvent ils s'étendent aussi aux mamelles, quoique avec moins d'intensité. A ces accidents viennent fréquemment se joindre une constriction convulsive du vagin, un prurit de la vulve très désagréable, plus fréquemment encore un ténesme vésical et rectal. L'urine, rejetée en petite quantité, est d'un jaune-paille, presque toujours alcaline et renferme, au bout de quelque temps, un grand nombre de champignons et de *vibrions*. Tous ces symptômes augmentent graduellement et atteignent leur maxi-

mum d'intensité immédiatement avant l'apparition du flux menstruel, ils se tempèrent en général assez rapidement, dès que l'écoulement est bien établi ; il y a même des cas où les malades, peu auparavant très souffrantes, se trouvent parfaitement bien quelques heures après le commencement des menstrues, et se mettent aussitôt à vaquer à leurs affaires, ce qui, avant cela, leur avait été complétement impossible pendant plusieurs jours. Chez la plupart des malades, ces accès se répètent à chaque période avec plus ou moins d'intensité. Quelquefois cependant ils disparaissent tout à coup pour ne plus revenir, sans qu'il soit possible de découvrir la cause de cette guérison.

» Nous ajouterons encore que, dans cette forme de dysménorrhée, l'exploration de l'utérus et de ses annexes ne fait connaître aucune altération anatomique. Cependant il ne faut pas oublier que, lorsqu'il existe des vices organiques de la matrice, tels que ceux que nous avons signalés plus haut, les règles sont souvent précédées des mêmes symptômes que nous venons de décrire. »

2° *Dysménorrhée congestive.* — « Cette forme est essentiellement caractérisée par les phénomènes de la congestion des organes du bassin. Un ou plusieurs jours avant le retour des règles, les malades accusent un sentiment de plénitude, de pesanteur et de chaleur dans le bassin, des douleurs compressives vers le sacrum, un besoin fréquent d'uriner et d'aller à la selle ; puis à ces symptômes viennent se joindre une excitation fébrile plus ou moins prononcée. Les signes de la congestion cérébrale manquent rarement : le visage est rouge, l'œil a un éclat insolite, les carotides battent avec force, le front et l'occiput sont le siége d'une céphalalgie intense. Fréquemment aussi l'activité anormale du système vasculaire donne lieu à des palpitations passagères ou même continues et à des transpirations abondantes. Il y a rarement du délire, des convulsions ou du coma.

» Au toucher, on trouve la température du vagin élevée, la région inguinale et l'utérus douloureux ; ce dernier est quelquefois notablement grossi, tuméfié, et cette tuméfaction disparaît d'ordinaire peu de temps après le commencement de l'écoulement ; elle est surtout prononcée lorsque la dysménorrhée congestive est compliquée d'un engorgement chronique de l'organe. Dans ces cas-là, les malades elles-mêmes disent que la tumeur qu'elles sentent au travers des parois abdominales augmente de volume trois ou quatre jours avant chaque période. L'hémorrhagie est au commencement très peu copieuse, elle se borne quelquefois à quelques gouttes de sang ; au bout de deux ou trois jours, quelquefois encore plus tard, les douleurs expulsives diminuent d'intensité ou cessent complétement, en même temps que l'écoulement devient plus abondant ; et il n'est pas rare qu'il devienne une véritable ménorrhagie qui dure encore six à huit jours ; souvent alors le sang est coagulé en assez gros caillots.

» Nous devons mentionner aussi les cas dans lesquels les malades, tout en présentant les symptômes de la dysménorrhée congestive, rendent des fragments membraneux d'une grandeur variable. » Ce sont ces membranes que nous avons décrites comme étant la muqueuse utérine elle-même, hypertrophiée et décollée.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La dysménorrhée est ordinairement continue, et présente une marche croissante c'est-à-dire que, quelques jours *avant les règles*, les femmes qui y sont sujettes

[redacted]

commencent à s'apercevoir, à un malaise particulier, que leur éruption se prépare. Puis le malaise augmente, les douleurs et les autres symptômes s'y joignent, et ils arrivent à leur summum au moment où le sang va se montrer.

La *durée* de la dysménorrhée est, comme nous l'avons dit plus haut, de deux ou trois jours; quelquefois néanmoins, elle se prolonge davantage, et dans certains cas on ne la voit durer que quelques heures. Quant à la *terminaison*, elle est toujours heureuse; mais, ainsi que nous l'avons vu, l'apparition des premières gouttes de sang ne fait pas toujours disparaître les douleurs; quelquefois même les douleurs augmentent, ce que l'on doit presque toujours attribuer à la formation et à la rétention de caillots sanguins dans la cavité de l'utérus. Nous n'avons trouvé aucune observation dans laquelle ces douleurs aient persisté après les règles. Il est des cas, sans doute, où il reste un état de souffrance de l'utérus, mais cette souffrance est causée, soit par une névralgie, soit par une maladie organique que la dysménorrhée était venue exaspérer.

§ V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons pas besoin de dire quelles sont les *lésions anatomiques* qu'on trouve dans la dysménorrhée par engorgement sanguin et par lésion organique; elles n'appartiennent pas à la dysménorrhée elle-même. Quant à celles qui sont causées par un caillot ou par une membrane, ce sont ces corps étrangers eux-mêmes qui, avec un certain degré d'engorgement, constituent les altérations anatomiques. Vient ensuite la dysménorrhée hystéralgique; mais on n'a pas pu faire de recherches anatomiques sur ce point, et si nous nous rappelons l'état d'intégrité dans lequel une exploration attentive a trouvé l'utérus dans les cas les plus intenses, nous sommes porté à admettre que ces recherches, si elles avaient pu être faites, n'auraient conduit à aucun résultat important. Reste la dysménorrhée produite par les flexions de l'utérus, le rétrécissement de l'orifice interne, l'aplatissement du canal utérin. Il est très probable qu'avant les dernières recherches sur les déviations utérines, on a pris bien des cas de ce genre pour des dysménorrhées hystéralgiques. Nous reviendrons sur ces points d'anatomie pathologique dans l'histoire des *déviations utérines.*

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la dysménorrhée ne présente ordinairement aucune difficulté. La coïncidence des douleurs avec l'approche de l'époque menstruelle, leur disparition lorsque les règles sont établies ou ont suffisamment coulé, leur retour à une époque suivante, font cesser tous les doutes.

Cependant on a cité, comme pouvant être confondu avec la dysménorrhée, l'état douloureux qui résulte de la *fluxion hémorrhoïdaire.* Les douleurs, dans les deux cas, occupent le bassin et peuvent s'irradier au loin, et les symptômes généraux sont à très peu près les mêmes. Mais la turgescence douloureuse des glandes mammaires n'a pas lieu dans la fluxion hémorrhoïdaire, qui fréquemment a pu, en se montrant hors de l'époque des règles, fixer l'attention du médecin, et, dans tous les cas, l'examen du rectum, qu'il faut faire dès qu'il y a le moindre doute, lève *toutes* les difficultés.

Ce que le médecin est surtout intéressé à rechercher avec soin, parce qu'il peut tirer des conclusions très utiles pour le traitement, *c'est la condition organique* dans laquelle s'est produite la dysménorrhée. Or, nous devons renvoyer, sous ce rapport, aux divers articles particuliers qui concernent les états morbides auxquels se rattache la dysménorrhée, tels que la congestion sanguine, les maladies organiques, le rétrécissement, la flexion du col, la névralgie lombo-utérine. Si aucun de ces signes n'existe; si, à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum, on constate l'intégrité de la matrice et sa position normale, il est évident qu'on a affaire à cette espèce appelée dysménorrhée hystéralgique.

Pronostic. — Le pronostic ne saurait être grave, en ce sens que les jours de la malade ne sont pas menacés. Dans certains cas de dysménorrhée symptomatique il est certain que les femmes sont en danger, mais ce n'est évidemment pas à la dysménorrhée elle-même qu'il faut attribuer ce danger, même en partie. On ne peut pas dire, d'un autre côté, que le pronostic ne présente jamais un côté sérieux. Il est, en effet, des dysménorrhées très rebelles, et qui peuvent être pendant de longues années une source d'incommodités très grandes pour les femmes. Nous reviendrons sur ce point en parlant du traitement.

[Doit-on admettre qu'une dysménorrhée longtemps prolongée, soit capable de produire des altérations chroniques des parois utérines? On doit penser, en général, que les lésions observées ont précédé la dysménorrhée et en ont été la cause plutôt que l'effet, et c'est à cette opinion que se rangent la plupart des médecins français, comme MM. Nonat, Aran, Becquerel, ainsi que Scanzoni. Cependant il est facile de concevoir que des congestions répétées et difficilement satisfaites puissent apporter dans les parois utérines les éléments plastiques des inflammations, des productions fongueuses, fibreuses, etc.; peut-être même peuvent-elles être, non la cause, mais l'élément localisateur d'une diathèse cancéreuse.]'

§ VII. — Traitement.

Pour exposer méthodiquement le traitement de la dysménorrhée, il faut de toute nécessité tenir compte de la division établie plus haut.

1° S'il s'agit d'une *dysménorrhée par engorgement sanguin*, ou *congestive*, il faut recourir au traitement qui sera indiqué à l'article *Congestion utérine*, en insistant beaucoup sur les *émissions sanguines locales*, sur les *émollients*, les *bains* et les *narcotiques*, à la tête desquels il faut placer l'*opium*. Les *lavements laudanisés donnés froids* et les vésicatoires morphinés constituent, en pareil cas, les moyens les plus efficaces qu'on puisse employer.

C'est surtout dans cette dysménorrhée que Lisfranc conseille avec insistance de *petites saignées révulsives*, un peu avant chaque époque menstruelle. Après avoir bien précisé l'époque du retour des règles, et avoir noté combien de jours avant leur apparition durent ordinairement les symptômes de la dysménorrhée, on pratique, un ou deux jours avant que ces symptômes viennent à apparaître, ou pendant qu'ils existent, si l'on a été appelé trop tard, une petite saignée de 100, 120, 130 grammes, qu'on renouvelle ensuite aux époques menstruelles suivantes, jusqu'à complète guérison. M. Gendrin, qui a mis maintes fois en pratique cette *opération*, et notamment dans le cas que nous avons cité plus haut, lui attribue de nombreux succès.

[redacted]

de *passive*, les femmes épuisées par des maladies antérieures, par des *conva lescences difficiles*, surtout si, pendant ces maladies et ces convalescence e régime a été très sévère. On a attribué la même influence prédisposante à to ce qui peut affaiblir considérablement l'organisme : ainsi la *lactation* trop long temps prolongée, les flux muqueux, etc.

On a remarqué que les femmes qui ont eu de nombreux *accouchements* ou *avor tements*, surtout à de courts intervalles, sont plus sujettes que les autres à la métro rhagie, et l'on en a dit autant de celles qui font abus des boissons chaudes et rel chantes, des injections, des lavements chauds, etc.

Constitution médicale. — On a cité plusieurs faits qui semblent prouver qu de certaines époques les flux métrorrhagiques se produisent avec une facilité re marquable. La circonstance principale à considérer dans ces faits, c'est que d'apr les auteurs qui les ont rapportés, il régnait alors des affections regardées comm bilieuses. Tous ont mentionné à ce sujet les observations de Stoll, en 1778, celles qui furent recueillies dans l'épidémie du Tecklembourg ; mais quelle co viction peuvent porter dans les esprits des faits indiqués sans aucun détail ?

Hérédité. — Enfin, comme dernière cause prédisposante, on a signalé l'héré dité, sans toutefois apporter en faveur de cette cause de meilleures preuves q celles qu'on a données pour les précédentes.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, nous trouvons d'abord les excitations directe comme l'*abus du coït*, la *masturbation*, la *présence d'un pessaire*. Relativement l'abus du coït, nous avons les recherches précieuses de Parent-Duchâtelet (1), q prouvent l'influence de cette cause par la fréquence de la métrorrhagie chez l filles publiques. On a cité des cas où la métrorrhagie est survenue au moment les malades faisaient des *efforts* pour soulever un fardeau, ou bien faisaient d mouvements brusques.

Les *secousses* imprimées au corps par le cheval et la voiture sont des causes q se rapprochent des précédentes ; il en est de même des *violents exercices* du corp la course, le saut, la danse. Enfin on a vu le sang commencer à couler, et parf avec abondance, immédiatement après une chute sur les pieds, sur le siége ou s les genoux.

Les *émotions vives*, les passions violentes, et surtout les accès de colère, ont suivis parfois du flux métrorrhagique. Plusieurs auteurs en ont cité des exempl et l'on en trouve de remarquables dans l'ouvrage de M. Brierre de Boismont.

D'après quelques auteurs, une irritation produite sur les intestins, l'emploi d *purgatifs drastiques*, la présence des *vers* dans le tube intestinal (Van den Bosc suffiraient pour provoquer une métrorrhagie.

Nous retrouvons ici, comme causes occasionnelles, un certain nombre de cel que nous avons déjà passées en revue comme causes prédisposantes. Ainsi on noté que de simples injections chaudes, un bain chaud, et surtout un bain de siég peuvent provoquer une métrorrhagie qui peut-être ne se serait pas produite sa ces causes déterminantes.

(1) *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3e édition. Paris, 1857, t. I, p. 233.

[redacted]

On a signalé, en outre, l'*application des sangsues* sur le col utérin, ou seulement sur les *parties génitales*, surtout lorsqu'on les met en petit nombre, comme quand on veut rappeler les règles; la *cautérisation* du col, les pédiluves irritants, les *sinapismes* aux jambes; en un mot, tout ce qui tend à attirer le sang vers le bassin et les extrémités inférieures.

Enfin il faut nécessairement placer parmi les causes de la métrorrhagie l'emploi des *emménagogues* qui, employés dans le but de rétablir les règles diminuées ou supprimées, ont souvent dépassé le but et donné lieu à des hémorrhagies inquiétantes. Nous avons vu, en faisant la description de l'aménorrhée, quelles sont les limites auxquelles il faut s'arrêter.

Les causes occasionnelles que nous venons d'énumérer agissent principalement à l'époque des règles, lorsque naturellement le sang se porte vers l'utérus. C'est alors surtout que les excès de coït, les exercices violents, les émotions vives, agissent efficacement, et, d'un flux sanguin qui jusqu'à ce moment paraissait tout à fait normal, font une hémorrhagie parfois inquiétante. De là on peut conclure que c'est principalement l'espèce de flux sanguin de l'utérus auquel on a donné le nom de *ménorrhagie* qui est produit par les causes occasionnelles.

[M. Constantin Paul, interne des hôpitaux, signale, dans un travail tout récent (1), l'*intoxication saturnine* comme cause de métrorrhagie. Dans l'étude des maladies produites par le plomb, nous reviendrons sur ce point et sur les autres remarques importantes contenues dans le mémoire de cet observateur.]

3° Conditions organiques.

Nous avons vu plus haut qu'on admet des métrorrhagies qui n'auraient d'autre cause qu'un état pléthorique plus ou moins marqué, et si l'existence de cette cause est reconnue, il faut en conclure que la maladie peut se produire sous l'influence de la seule augmentation des globules du sang; car, à l'article *Pléthore*, nous avons dit que cette augmentation des globules est le caractère essentiel de la pléthore sanguine. On a simplement appliqué à la métrorrhagie ce qui a été dit des hémorrhagies en général, et l'on n'a pas fait de recherches particulières pour cette affection.

Quelques auteurs ont parlé d'une pléthore locale, d'un *raptus* plus ou moins violent du sang vers l'utérus, qui se termine plus tôt ou plus tard par une hémorrhagie. Cette prétendue pléthore partielle n'est autre chose qu'une congestion, comme celle qui a été décrite dans l'article précédent, et qui se renouvelle plus ou moins fréquemment avant la perte utérine. C'est dans les cas de ce genre qu'en prenant des informations on arrive assez souvent, suivant les auteurs, à constater que la femme a eu des accouchements nombreux ou de fréquentes fausses couches. Dans certains cas, néanmoins, il est impossible de découvrir la cause de ces fréquentes congestions, ce qui cependant serait d'une grande importance.

Des conditions tout opposées peuvent se rencontrer chez les femmes affectées de métrorrhagie. Leur sang est plus fluide, moins chargé de globules, et surtout de fibrine. C'est ce que l'on observe principalement dans la *ménorrhagie* avec état

(1) *Étude sur l'intoxication lente par les préparations de plomb*, et de son influence sur le *produit de la conception* (*Arch. gén. de méd.*, mai 1860).

chlorotique, car, en pareil cas, c'est presque toujours aux époques des règles qu
se produit l'hémorrhagie. Il faut bien prendre garde toutefois de confondre cet ét
du sang avec l'anémie qui résulte d'une affection organique de plus ou moins long
durée, et de croire que l'hémorrhagie a lieu tout simplement sous l'influence de
cet appauvrissement du liquide sanguin. Il y a, ainsi que nous allons le voir, un
cause bien plus puissante d'hémorrhagie dans l'affection organique, et ce qui l
prouve, c'est que l'appauvrissement du sang n'est que consécutif aux nombreus
pertes provoquées par la lésion de l'organe.

Certaines altérations, certaines productions morbides de l'utérus, donnent lieu
l'hémorrhagie utérine, et, dans ces cas, la maladie constitue un signe souvent trè
grave, outre les dangers qu'elle fait par elle-même courir à la malade. Tout le
monde sait que les fongosités et les cancers de l'utérus s'accompagnent fréquem
ment d'hémorrhagie utérine, mais on n'a généralement pas une juste idée de la fré
quence et de la valeur de ce symptôme. Nous reviendrons sur ce point aux articl
Fongosités et *Cancer de l'utérus*, et nous nous contenterons de dire ici que, da
l'immense majorité des cas, M. Louis (*Recherches inédites*) a vu la maladie débu
ter par une perte de sang plus ou moins considérable. Les malades, interrogées av
soin, ont presque toujours répondu qu'au moment de leur première perte elles
trouvaient dans un très bon état de santé, n'avaient ni douleur ni pesanteur dans
bassin durant depuis un peu de temps, n'avaient pas d'écoulement, ou si elles avaie
des flueurs blanches, y étaient sujettes depuis longtemps, et ne les avaient pas vu
changer de caractère. Ce fait, qui est analogue à ce que nous avons noté dans
cancer de quelques autres organes, et en particulier dans le *cancer de l'estoma*
est surtout remarquable par la constance avec laquelle se produit l'hémorrhagi
car, dans les autres organes, la fréquence de l'hémorrhagie, au début, est loin d'êt
aussi considérable.

Il faut nécessairement, dans quelques cas, avoir recours, pour expliquer
métrorrhagie, à un état particulier du sang qui prédispose les sujets aux hémo
rhagies de toute espèce. Ce sont là encore de ces exemples d'*hémorrhagie co
stitutionnelle* que nous avons maintes fois cités à propos de l'*épistaxis*,
l'*hématémèse*, etc. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que le plus so
vent l'hémorrhagie a lieu par plusieurs voies à la fois. On est naturellement po
à ranger les cas de ce genre parmi les métrorrhagies dues à une diminution de
fibrine du sang; mais cette cause mystérieuse, qui souvent, en un temps très cou
produit une semblable altération du sang, comme dans les cas où ce liquide s
chappe à la fois par la bouche et par l'intestin, forme des taches sous la pe
(*purpura hæmorrhagica*, *ecchymoses scorbutiques*), etc.; cette cause, disons-no
donne aux cas dont il s'agit ici une physionomie toute particulière.

Enfin M. Mitchell (1) a cité des faits qui prouvent que la métrorrhagie pe
être sous la dépendance de cette *névralgie lombo-utérine*, que nous avons f
connaître et qui commence à fixer l'attention des médecins (voy. *Dysménorrhée*
Névralgie utérine).

§ III. — Symptômes.

Nous allons indiquer quelques variétés dont nous exposerons les caractères, to
en reconnaissant que l'on n'observe pas toujours, à beaucoup près, au lit des ma

(1) *Loc. cit.*

[redacted]

lades, des différences aussi tranchées; il sera facile ensuite au médecin attentif d'en faire l'application aux cas particuliers.

Nous parlerons d'abord des hémorrhagies abondantes survenues rapidement et se terminant en peu de temps; quelques auteurs leur ont donné le nom de *métrorrhagie aiguë*. Puis nous passerons aux hémorrhagies qui consistent uniquement dans une prolongation outre mesure de la période menstruelle: c'est cette espèce qui a reçu particulièrement le nom de *ménorrhagie*, bien que la précédente doive être, dans un assez bon nombre de cas, comprise sous cette dénomination, car elle se produit de préférence pendant les règles; enfin, nous ferons connaître les hémorrhagies de longue durée, se produisant aussi bien en dehors des périodes menstruelles que dans leur cours, et auxquelles on a donné le nom de *métrorrhagie chronique* ou de *métrorrhagie passive*, suivant qu'on a considéré leur durée ou les symptômes locaux et généraux qui les caractérisent.

Symptômes précurseurs. — Presque tous les auteurs reconnaissent que la métrorrhagie peut se produire sans symptômes précurseurs, ou que du moins ces symptômes sont parfois si légers qu'ils n'attirent pas l'attention. On voit, en effet, chez certaines femmes, le sang s'échapper par le vagin en assez grande abondance, et l'hémorrhagie devenir ensuite inquiétante, soit par sa violence, soit par sa durée, sans qu'aucun signe général ou local soit venu les avertir de l'imminence de la métrorrhagie. C'est ce que l'on a observé, aussi bien dans la métrorrhagie simple ou *essentielle* que dans la métrorrhagie symptomatique. C'est aussi ce que l'on observe assez souvent dans la *ménorrhagie :* les règles se produisent comme de coutume; pendant un certain temps, elles coulent comme à l'ordinaire, puis la perte de sang augmente sans qu'il soit survenu rien de particulier; ou bien à l'époque où les menstrues devraient cesser, elles continuent pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines, sans autre symptômes que ceux qui sont sous la dépendance d'une perte de sang trop considérable. Il n'est pas très rare également de voir la métrorrhagie déterminée par une cause directe, une violence extérieure, se produire ainsi sans prodromes: c'est ce que l'on observe lorsque la perte de sang suit immédiatement l'action de la cause, lorsque, par exemple, ainsi que le fait remarquer M. P. Dubois (1), une femme étant tombée sur le siége, elle se trouve aussitôt ou presque aussitôt baignée de sang.

Mais il est bien plus ordinaire de voir des symptômes marqués précéder la perte de sang; et, si l'on en croyait quelques auteurs, il en serait toujours ainsi. Telle est l'opinion de M. Duparcque (*loc. cit.*), qui désigne les métrorrhagies sous le nom d'*engorgements* hémorrhagiques. La lecture des observations, et les faits que chacun peut voir passer sous ses yeux, prouvent que cette manière de voir est exagérée.

Les symptômes précurseurs sont très variables suivant les cas; leur intensité est généralement en rapport avec la difficulté que le sang éprouve à s'échapper au dehors, et ils résultent presque tous de congestion utérine, ce qui, comme nous venons de le voir, a valu à la maladie le nom d'*engorgement hémorrhagique*. Il faut les distinguer en *locaux* et en *généraux*.

Les *symptômes locaux* sont les suivants: Les malades éprouvent vers le bassin

(1) *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, t. XIX, art. MÉTRORRHAGIE.

[redacted]

un sentiment de pesanteur, de plénitude, de fatigue, et parfois même de chaleur inaccoutumée. Ces symptômes, avec un état d'agitation, de malaise général plus ou moins marqué, sont souvent les seuls qui annoncent la perte utérine. Dans d'autres cas, et ordinairement lorsque l'hémorrhagie doit être plus considérable, on observe, en outre, des douleurs s'irradiant vers les lombes, l'abdomen, les cuisses ; de l'ardeur, du prurit vers les organes génitaux, et enfin, dans les cas les plus graves, il y a de véritables coliques utérines, des contractions expulsives, sur lesquelles M. Duparcque a particulièrement insisté. Si, à cette époque, et avant que l'écoulement du sang ait commencé, on est appelé auprès de la malade, on trouve, en palpant et en percutant l'hypogastre, le développement de l'utérus tel qu'il a été indiqué par le toucher, on constate la tuméfaction du col et la pesanteur augmentée de l'organe.

Les symptômes généraux peuvent être bornés à un léger malaise ; mais, dans les cas graves, on a observé une tension plus ou moins grande des hypochondres, parfois la tuméfaction des mamelles, et même une douleur marquée de ces organes, sur laquelle nous nous sommes étendu à l'article *Dysménorrhée ;* des lassitudes spontanées, une céphalalgie persistante que nous retrouverons dans les symptômes de la perte sanguine, puis le développement, la dureté, l'accélération du pouls, parfois sa petitesse, et enfin, dans des cas plus rares, des horripilations, le refroidissement des extrémités, et surtout des extrémités inférieures, avec des bouffées de chaleur à la face, des alternatives de chaud et de froid dans tout le corps, des tintements d'oreilles, des vertiges.

Il faudrait bien se garder de croire que les symptômes qui viennent d'être indiqués se montrent ainsi groupés dans toutes les métrorrhagies qui présentent des prodromes. On a procédé, dans la description de cette affection, comme dans celle de toutes les hémorrhagies ; on a pris, dans les cas les plus divers, des symptômes précurseurs isolés, et on les a ensuite réunis pour en faire le tableau des prodromes de la métrorrhagie ; mais au lit des malades on n'en trouve souvent qu'un ou deux, et bien rarement on les observe tous. Ces symptômes précurseurs se montrent principalement dans les métrorrhagies dites actives, et ils sont en rapport avec la violence de la perte qui doit survenir. Il y a néanmoins d'assez nombreuses exceptions à cette règle.

Symptômes pendant l'hémorrhagie. — L'apparition de la perte utérine n'est pas moins variable, suivant les cas, que les symptômes précurseurs qui l'annoncent ordinairement. Quelquefois on voit le sang s'échapper *tout à coup* en quantité considérable, et parfois même on a observé une véritable hémorrhagie foudroyante, tant l'écoulement de sang s'est fait avec abondance et rapidité. Le plus souvent, au contraire, ce n'est que peu à peu que la perte utérine arrive à son summum, comme cela a lieu dans les menstrues ordinaires.

L'*impétuosité* avec laquelle s'échappe le liquide est considérable, suivant tous les auteurs, dans les cas d'*hémorrhagie active* ou bien d'*hémorrhagie aiguë*. Mais ce n'est pas sur un résumé exact d'un assez grand nombre de faits que cette opinion a été établie. On voit fréquemment, soit chez les femmes déjà anémiques, soit dans des cas de cancer de l'utérus, circonstances dans lesquelles on observe plus particulièrement les métrorrhagies regardées comme passives, de grandes pertes de sang survenir tout à coup ou très rapidement. Nous avons eu sous les yeux

une femme affectée de cancer, qui a eu, sans symptômes précurseurs, sans auc des signes attribués à la métrorrhagie active, une perte utérine telle, que la mala avait l'aspect exsangue et qu'elle était dans le plus haut degré de faiblesse.

Dans la métrorrhagie que nous avons appelée aiguë, pour suivre la distincti mentionnée plus haut, mais sans attacher d'autre valeur à ce mot, on observera d'après les auteurs, *la couleur rutilante, un degré élevé de température, u grande coagulabilité du sang ;* tandis que dans les autres espèces on trouverait d caractères opposés. Mais ce n'est pas à la plus ou moins grande durée de l'hémo rhagie, ni même jusqu'à un certain point, à la présence ou à l'absence de syn ptômes de congestion locale et générale, que se rapportent ces divers caractère c'est bien plutôt à l'état dans lequel se trouve la malade au moment de l'hémo rhagie. S'il s'agit d'une femme délicate, ayant le sang peu riche, ce liquide, bi que l'affection se soit accompagnée de signes de congestion, d'accélération et mên de plénitude du pouls, etc., sortira pâle, non coagulé, séreux en un mot, tand que chez une femme bien constituée, le sang perdu sera riche, même alors que perte durera depuis assez longtemps, et qu'elle se sera produite peu à peu, sa symptômes locaux ou généraux bien marqués. Dans les cas de maladie organiqu le sang peut également être riche ou pauvre et séreux, suivant l'état de la cons tution. En général, les premières pertes donnent lieu à l'évacuation d'un sa riche, coloré, coagulable, tandis que lorsque l'affection a fait des progrès, et lor que les pertes se sont succédé à d'assez courts intervalles, le sang devient toujou aqueux, et ne se coagule que faiblement ou pas du tout.

La formation de *caillots* mérite une mention particulière, quand il s'agit d l'hémorrhagie utérine. Quelquefois, en effet, ces caillots sont tellement volumineu qu'ils obstruent complétement la voie par où doit s'échapper le sang, et que cel ci continuant à s'accumuler au-dessus de l'obstacle, il en résulte des accider graves que nous ferons connaître plus loin. Parfois une grande quantité de caillo sont expulsés tout à coup avec beaucoup de sang liquide; d'autres fois les caillo ne se montrent qu'en petit nombre et sous un petit volume : ils n'ont alors d'aut inconvénient que de pouvoir stationner dans le vagin, chez les femmes peu so gneuses, et de s'y altérer.

L'*abondance* de l'écoulement de sang n'a généralement pas été appréciée da les cas d'hémorrhagie utérine comme dans les autres hémorrhagies, ce qui tie sans doute à ce que ce liquide s'écoulant sur des linges, il est difficile d'en mes rer la quantité. Tout le monde sait du reste que la quantité de sang perdue, da un court espace de temps, peut être énorme, et l'on a cité des cas, comme no le disions plus haut, où l'hémorrhagie a été foudroyante, c'est-à-dire qu'en qu ques instants la malade a été sur le point de succomber, ou même a succomb Il faut dire, cependant, que les cas de ce genre sont extrêmement rares dans métrorrhagie non puerpérale dont il s'agit ici. Parmi ces cas exceptionnels, l principaux appartiennent au cancer et à ces hémorrhagies constitutionnelles do nous avons eu à parler à propos des pertes de sang de tous les organes.

Comme pour l'*épistaxis*, on a voulu reconnaître dans quelques signes partic liers si le sang provenait des artères ou des veines de l'utérus. Le docteur Ashwell (

(1) *A practical treatise on the diseases peculiar to women.* London, 1845.

trorrhagie par augmentation des globules du sang; une *métrorrhagie par diminution de la fibrine du sang;* une *métrorrhagie par altération du solide modifiant la texture ou la circulation de l'organe;* et enfin une *métrorrhagie par simple lésion dynamique.* Les deux premières espèces correspondent aux métrorrhagies passive et active des auteurs; la troisième, qui n'est autre chose que la *métrorrhagie symptomatique*, se rattache à certaines maladies de l'utérus, comme le *cancer*, les *polypes;* elle n'a d'importance que lorsque, par l'abondance de la perte de sang, l'organisme subit une grave altération, et lorsque les jours de la malade sont menacés; quant à la quatrième, il est évident que la dénomination qu'on lui donne équivaut à dire que la cause de la maladie n'est pas connue.

Dans le cours de cet article, nous signalerons ce qui appartient en propre aux diverses espèces sans les décrire chacune en particulier. Il en est une même, celle qui reconnaît pour cause une lésion profonde de l'utérus, qui ne peut nous intéresser que dans une seule circonstance : c'est lorsqu'elle compromet l'existence de la malade; car lorsqu'elle est modérée, elle n'est qu'un phénomène secondaire qui appartient à la description de la maladie dans le cours de laquelle elle se produit.

Il est une espèce des plus importantes qui ne doit pas, d'après la division consacrée, faire partie d'un traité de pathologie interne : c'est celle qui survient chez les femmes enceintes ou en couches. C'est dans les traités d'accouchement qu'il faut en chercher la description.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *métrorrhagie* à tout écoulement de sang provenant de l'utérus, lorsqu'il dépasse les bornes de l'écoulement menstruel, ou lorsqu'il se produit hors des époques menstruelles. Cette définition est adoptée par tout le monde.

On a désigné cette affection sous les noms de *hæmorrhagia uterina*, *paramenia superflua*, *menorrhagia*, *fluor uterini sanguinis*, *hysterorrhagia sanguinea*, *stillicidium uteri; perte rouge*, *hémométrorrhagie*, etc. On désigne particulièrement sous le nom de *ménorrhagie* le flux immodéré des règles, tandis que l'expression de *métrorrhagie* est plus spécialement appliquée à l'hémorrhagie hors des époques menstruelles. Quoique le mot de *métrorrhagie* ne désigne pas la nature de l'écoulement, il a une signification généralement admise, il est adopté par presque tous les auteurs; il n'y a donc pas nécessité de lui en substituer un autre.

La *fréquence* de la métrorrhagie est grande; c'est ce que nous apprend la pratique de tous les jours. Nous verrons tout à l'heure s'il est permis d'indiquer la fréquence suivant les espèces.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. — On trouve dans la science quelques exemples de métrorrhagie chez des filles très jeunes : de cinq, six et sept ans, par exemple ; mais ces faits sont fort rares, du moins dans nos climats. Il n'est pas non plus fréquent, quoique les exemples en soient notablement plus nombreux, de voir la métrorrhagie survenir dans les premières années de la menstruation, à moins que ce ne soit pendant l'ac-

lever les caillots et de rétablir l'écoulement, pour faire cesser aussitôt les douleurs vives qu'éprouvaient les malades.

L'*examen* des organes qui sont le siége de l'hémorrhagie doit toujours être fait avec soin. Il donne des résultats différents, suivant qu'on a affaire à un écoulement de sang idiopathique ou à une métrorrhagie symptomatique. Dans le premier cas, si l'on pratique le *toucher*, on trouve le col plus ou moins volumineux, mou et un peu chaud, lorsqu'il s'agit d'une métrorrhagie commençante chez une femme encore robuste, et surtout lorsqu'une congestion utérine un peu forte a précédé l'hémorrhagie. Si, au contraire, il s'agit d'une femme débilitée, soit par la métrorrhagie elle-même, après des pertes multipliées, soit par une autre maladie, la mollesse et la spongiosité du col de l'utérus peuvent être les seuls signes observés. Dans tous les cas, le col est plus ou moins entr'ouvert et admet l'extrémité du doigt.

Si l'on a affaire à une métrorrhagie symptomatique d'une affection de l'utérus, et nous savons que, à part les *polypes* qui sont du domaine de la chirurgie, le *cancer* de la matrice est l'affection qui donne presque exclusivement lieu à ces pertes sanguines, on trouve le col tuméfié et offrant des saillies dures, qui le rendent inégal, ou bien des déperditions de substance; en un mot, les signes que nous avons à décrire lorsqu'il sera question du cancer de l'utérus.

L'*inspection à l'aide du spéculum* fait apprécier plus exactement la tuméfaction du col. Celui-ci est d'un rouge foncé, il saigne lorsque les branches du spéculum le touchent, et l'on aperçoit son ouverture béante, parfois très dilatée, qui laisse échapper le sang venant de la cavité utérine. Le col présente fréquemment des granulations, des érosions autour de son ouverture; mais il ne faut pas croire que ce soit là la source de la métrorrhagie : si, en effet, on étanche le sang avec un pinceau, on voit les portions granulées ou érodées rester sèches, tandis que le sang continue à couler par l'ouverture du col. Quant à la petite quantité de sang qui s'échappe souvent des érosions, surtout lorsqu'on presse sur elles, on ne saurait la regarder comme constituant une métrorrhagie, ou du moins, pour le praticien, ce n'est qu'un léger accident qu'il serait inutile de décrire comme une affection distincte. En écartant les lèvres du col, on aperçoit parfois les fongosités signalées par M. Jobert.

Des *symptômes généraux*, très divers, suivant les cas, et suivant que la maladie a déjà duré plus ou moins longtemps, se montrent dans la métrorrhagie. Si l'écoulement de sang a lieu chez une femme fortement constituée et pléthorique, et s'il ne dépasse pas une certaine limite, quoique constituant une véritable hémorrhagie, il en résulte parfois un bien-être général, et surtout un soulagement marqué du côté du bassin. Mais si l'hémorrhagie se prolonge, on observe tous les accidents qui vont être mentionnés lorsqu'il s'agira des métrorrhagies chez les femmes débilitées, et des métrorrhagies qu'on a désignées sous le nom de chroniques.

L'abondance de la perte a nécessairement une grande influence sur la production des symptômes généraux. Si elle est extrêmement considérable, on observe tous les accidents des grandes hémorrhagies, tels que la lipothymie, les horripilations, la sueur froide, l'impossibilité de se mouvoir, la petitesse du pouls, etc. ; mais il est bien rare qu'on rencontre, hors de la parturition, des hémorrhagies utérines capables de produire de semblables accidents. Il est néanmoins, dans la mé-

[redacted]

trorrhagie comme dans toutes les hémorrhagies, des cas dans lesquels les défaillances, les tremblements de membres, et autres signes des grandes pertes de sang, se montrent sans que l'écoulement ait été très considérable. La frayeur éprouvée par les malades peut seule rendre compte de ces phénomènes, et c'est ce qui nous explique pourquoi ils se montrent bien plus rarement dans la métrorrhagie que dans les autres affections du même genre, et surtout dans l'hémoptysie. Les femmes étant sujettes aux pertes de sang naturelles par cette voie s'effrayent difficilement, même lorsque l'hémorrhagie est assez considérable.

Des accidents nerveux d'un autre genre accompagnent fréquemment la métrorrhagie. Ce sont ceux que nous avons déjà signalés à propos de la congestion utérine. C'est une irritabilité parfois très grande, des attaques d'hystérie, des *troubles nerveux* variables. Les auteurs ont cité des cas où ces symptômes se montrent même avant que les malades aient perdu une grande quantité de sang; mais c'est surtout lorsque la perte a duré depuis un certain temps, et que l'anémie commence, qu'on les voit apparaître.

Un symptôme qui se rapproche des précédents par sa nature, est une *céphalalgie* parfois opiniâtre, et dont le siége est ordinairement à l'occiput. C'est aussi après une certaine durée de l'affection que cette céphalalgie se manifeste ordinairement.

Enfin une perte de sang prolongée amène les divers signes de l'anémie. Les malades pâlissent, les lèvres et la langue se décolorent; les yeux prennent cette transparence particulière qui annonce que le sang est devenu plus séreux, ils sont entourés d'un cercle brunâtre; les femmes tombent dans la langueur; l'appétit se perd, les digestions sont troublées, on observe les symptômes de la *gastralgie* et de l'*entéralgie*; il y a un amaigrissement plus ou moins marqué; la face présente un certain degré de bouffissure, et plus tard on voit, vers le soir, survenir un gonflement œdémateux des pieds. On a cité des cas où l'*hydrothorax* et l'*ascite* se sont montrés à une époque avancée de la maladie; mais ces cas sont rares, et les circonstances dans lesquelles ces épanchements se produisent n'ont pas été bien déterminées.

Nous avons vu plus haut que l'écoulement sanguin est parfois interrompu par la *formation d'un caillot vers l'orifice utérin*. En pareil cas, l'écoulement de sang peut continuer dans la cavité utérine avec assez de force pour produire les symptômes de l'*hémorrhagie interne*, tels que les horripilations, le frisson, le tremblement des membres, le froid des extrémités, la sueur froide, la pâleur, les lipothymies, etc.; mais ces phénomènes ne s'observent guère que dans les cas d'hémorrhagie utérine après l'accouchement. Lorsqu'il en est ainsi, la *palpation* et la *percussion* de l'hypogastre ont la plus grande importance, car elles font reconnaître l'augmentation de volume de l'utérus, et parfois même les contractions qui se produisent dans cet organe pour chasser le sang qu'il contient.

Dans cette description, nous n'avons pas fait entrer les symptômes qui appartiennent au cancer de l'utérus, affection dans laquelle se montre si fréquemment la métrorrhagie; il suffira de les chercher à l'article consacré à cette affection.

§ IV. — Marche, durée, terminaison, état du sang.

La *marche* de la maladie présente des particularités importantes. Lorsqu'il s'agit *de ces métrorrhagies idiopathiques* que les uns ont appelées *actives* et les autres

[redacted]

aiguës, on voit la perte de sang se produire rapidement, acquérir promptemen son plus haut degré, puis disparaître pour ne plus se montrer, à moins que d nouvelles causes efficientes ne viennent la reproduire. Dans la ménorrhagie, le choses se passent parfois de la même manière, c'est-à-dire qu'à une époque mens truelle, le sang s'échappe avec plus d'abondance et pendant un temps plus lon qu'à l'ordinaire; puis l'hémorrhagie cesse, et, aux époques suivantes, on n'observ plus rien de semblable. D'autres fois, même lorsqu'il n'existe qu'une métrorrhagi idiopathique, la perte de sang revient à des intervalles plus ou moins éloignés, et à chaque fois, elle laisse les malades dans un état de dépérissement plus grand. Le prodromes dont j'ai donné la description peuvent se montrer à chacune de ce nouvelles apparitions de l'hémorrhagie. Il en est de même de certains cas de mé norrhagie; cette affection peut se reproduire pendant longtemps à chaque époqu menstruelle, tantôt plus, tantôt moins abondante, suivant des circonstances qu' est impossible d'indiquer d'une manière précise. C'est là ce qu'on observe, princi palement dans la *chlorose ménorrhagique*. Enfin, il n'est pas très rare de voir l ménorrhagie idiopathique suivre une marche continue; mais, alors même le san ne s'échappe pas tous les jours avec la même abondance; parfois l'écoulement es très faible, et parfois il devient très considérable. C'est surtout vers les époque menstruelles que l'hémorrhagie augmente, et l'on a observé que ces diverses re crudescences sont fréquemment précédées des symptômes de congestion dont nou avons maintes fois parlé.

Dans les cas où la métrorrhagie est symptomatique d'un *cancer de l'utérus*, l marche de l'hémorrhagie est également intermittente. Nous avons vu plus hau que, dans le plus grand nombre des cas, une perte de sang marque le début d l'affection cancéreuse; ensuite tout semble rentrer dans l'ordre, jusqu'à ce qu'un nouvelle hémorrhagie se manifeste, ou bien les signes du cancer, tels que l'écou lement sanguinolent et fétide, les douleurs, etc., se produisent, et le cancer suit l marche que nous indiquerons plus loin. A des intervalles variables, il se fait d nouvelles hémorrhagies, et, comme dans la phthisie pulmonaire, il est remarquabl que ces hémorrhagies deviennent de moins en moins abondantes et fréquentes, mesure que l'affection organique fait de plus grands progrès, ce qui tient, sans aucu doute, à l'oblitération des vaisseaux et au changement de structure des tissu affectés.

On a cité des métrorrhagies *périodiques*, et dont la périodicité serait compa rable à celle des fièvres intermittentes. Les faits les plus intéressants et les plu authentiques de ce genre sont ceux qui ont été recueillis par Picqué (1) et pa Arloing (2), et que M. Roche a cités dans son ouvrage (3). Dans le cas cité pa Picqué, la métrorrhagie revenait tous les jours à six heures du matin, et, dan celui qu'a rapporté Arloing, l'hémorrhagie avait le type tierce; toutes les deu cédèrent à l'emploi du quinquina. Les faits de ce genre sont très rares.

Il faut prendre garde de se laisser tromper par une circonstance que nous avon déjà mentionnée, et de regarder toujours comme une métrorrhagie intermitten

(1) *Journal de médecine*, 1774.
(2) *Journal général de médecine*. Paris, 1816.
(3) *Nouveaux éléments de pathologie medico-chirurgicale*, par Roche, Sanson et Len 4e édition. *Paris, 1844, t. II, p. 48.*

chlorotique, car, en pareil cas, c'est presque toujours aux époques des règles qu
se produit l'hémorrhagie. Il faut bien prendre garde toutefois de confondre cet ét
du sang avec l'anémie qui résulte d'une affection organique de plus ou moins long
durée, et de croire que l'hémorrhagie a lieu tout simplement sous l'influence de
cet appauvrissement du liquide sanguin. Il y a, ainsi que nous allons le voir, un
cause bien plus puissante d'hémorrhagie dans l'affection organique, et ce qui l
prouve, c'est que l'appauvrissement du sang n'est que consécutif aux nombreus
pertes provoquées par la lésion de l'organe.

Certaines altérations, certaines productions morbides de l'utérus, donnent lieu
l'hémorrhagie utérine, et, dans ces cas, la maladie constitue un signe souvent tr
grave, outre les dangers qu'elle fait par elle-même courir à la malade. Tout
monde sait que les fongosités et les cancers de l'utérus s'accompagnent fréquem
ment d'hémorrhagie utérine, mais on n'a généralement pas une juste idée de la fr
quence et de la valeur de ce symptôme. Nous reviendrons sur ce point aux artic
Fongosités et *Cancer de l'utérus*, et nous nous contenterons de dire ici que, da
l'immense majorité des cas, M. Louis (*Recherches inédites*) a vu la maladie déb
ter par une perte de sang plus ou moins considérable. Les malades, interrogées av
soin, ont presque toujours répondu qu'au moment de leur première perte elles
trouvaient dans un très bon état de santé, n'avaient ni douleur ni pesanteur dans
bassin durant depuis un peu de temps, n'avaient pas d'écoulement, ou si elles avai
des flueurs blanches, y étaient sujettes depuis longtemps, et ne les avaient pas vu
changer de caractère. Ce fait, qui est analogue à ce que nous avons noté dans
cancer de quelques autres organes, et en particulier dans le *cancer de l'estom*
est surtout remarquable par la constance avec laquelle se produit l'hémorrhagi
car, dans les autres organes, la fréquence de l'hémorrhagie, au début, est loin d'ê
aussi considérable.

Il faut nécessairement, dans quelques cas, avoir recours, pour expliquer
métrorrhagie, à un état particulier du sang qui prédispose les sujets aux hém
rhagies de toute espèce. Ce sont là encore de ces exemples d'*hémorrhagie co*
stitutionnelle que nous avons maintes fois cités à propos de l'*épistaxis*,
l'*hématémèse*, etc. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que le plus so
vent l'hémorrhagie a lieu par plusieurs voies à la fois. On est naturellement po
à ranger les cas de ce genre parmi les métrorrhagies dues à une diminution de
fibrine du sang; mais cette cause mystérieuse, qui souvent, en un temps très cou
produit une semblable altération du sang, comme dans les cas où ce liquide s
chappe à la fois par la bouche et par l'intestin, forme des taches sous la pe
(*purpura hæmorrhagica*, *ecchymoses scorbutiques*), etc.; cette cause, disons-no
donne aux cas dont il s'agit ici une physionomie toute particulière.

Enfin M. Mitchell (1) a cité des faits qui prouvent que la métrorrhagie pe
être sous la dépendance de cette *névralgie lombo-utérine*, que nous avons f
connaître et qui commence à fixer l'attention des médecins (voy. *Dysménorrhée*
Névralgie utérine).

§ III. — Symptômes.

Nous allons indiquer quelques variétés dont nous exposerons les caractères, to
en reconnaissant que l'on n'observe pas toujours, à beaucoup près, au lit des m

(1) *Loc. cit.*

ne dans les descriptions que nous ont données les auteurs, il s'agit de métrorragies de nature très diverse, et que l'on n'a pas assez distingué les cas. Quelques-uns ont principalement eu en vue la métrorrhagie survenant après l'accouchement. Quant aux cas où l'hémorrhagie est symptomatique du cancer, on trouve, outre les signes d'engorgement sanguin, les lésions propres à cette affection. Nous n'avons pas à nous en occuper davantage ici.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Lorsque l'hémorrhagie survient hors l'époque des règles, ou assez longtemps après la cessation complète des menstrues, il n'est pas douteux qu'il existe une métrorrhagie. Mais il est souvent difficile de dire si aux époques menstruelles l'écoulement sanguin reste dans les limites physiologiques, ou s'il faut le considérer comme une métrorrhagie. Il arrive, en effet, assez fréquemment, que les femmes voient leurs règles continuer un, deux ou trois jours de plus qu'à l'ordinaire, sans que l'on regarde cette prolongation comme morbide. Où commencera donc l'état pathologique ? M. Grisolle veut que l'on ait seulement égard à l'influence que l'hémorrhagie exerce sur les principales fonctions. C'est là un moyen de diagnostic qui n'est pas sans valeur ; mais il ne faudrait pas s'en exagérer l'importance. Il n'est pas rare, en effet, de voir des femmes qui ont pendant dix et quinze jours des pertes utérines médiocrement abondantes sans en éprouver de dérangement notable : doit-on regarder ces hémorrhagies comme entièrement physiologiques, bien que l'on sache que ces femmes n'ont habituellement leurs règles que pendant trois, quatre et cinq jours ? Il faut tenir à la fois compte, et de l'abondance du sang qui s'écoule, et de la durée de l'hémorrhagie, et des effets produits par elle sur l'économie ; il est impossible que l'on n'arrive pas de cette manière à un diagnostic précis, sur lequel il serait inutile d'insister.

Il est un autre diagnostic bien plus important : c'est celui qui consiste à déterminer les *conditions organiques* dans lesquelles se produit l'hémorrhagie. Si elle n'a lieu qu'aux époques menstruelles, si elle n'est pas extrêmement abondante, et si après elle, il ne reste aucun symptôme du côté de l'utérus, on peut présumer qu'il s'agit d'une simple métrorrhagie essentielle. Si, au contraire, c'est en dehors de l'époque des règles, surtout lorsque les femmes sont dans leur temps critique, et, à plus forte raison, lorsqu'elles l'ont passé depuis un certain temps, et si après l'hémorrhagie il reste de la pesanteur dans le bassin, un écoulement jaune ou roussâtre, avec amaigrissement et débilitation, on doit supposer l'existence d'une affection organique. L'examen par le toucher et le spéculum viendra d'ailleurs lever les doutes qui pourraient rester encore.

L'espèce d'hémorrhagie utérine la plus difficile à diagnostiquer avec précision est *celle qui est liée à la chlorose*, et sur laquelle M. Trousseau a spécialement appelé l'attention des médecins. Il y a, en pareil cas, pâleur de la face, palpitations, douleurs, en un mot les signes de la chlorose, quoique les menstrues soient très abondantes ; mais nous savons combien les signes de l'anémie consécutive aux pertes de sang se rapprochent de la chlorose : c'est au point que plusieurs auteurs ne distinguent pas ces deux états morbides l'un de l'autre (1) ; il faudrait donc

1. Voy. tome I, article *Anémie*, p. 488, et *Chlorose*, p. 491.

évidemment établir principalement ce diagnostic sur les renseignements fourni par la malade. Si l'état de langueur, de faiblesse, si la pâleur, les palpitations, etc., ont précédé les menstrues trop abondantes, on n'aura aucun doute, il s'agira d'une métrorrhagie chlorotique. Si l'état général a coïncidé avec la première apparition des menstrues trop abondantes, le cas devient plus difficile; et alors, comme dans les cas où les symptômes de chlorose n'ont été manifestes ni avant l'apparition de la maladie ni à son début, c'est à l'influence du traitement qu'il faudra demander la solution de cette question difficile.

Pronostic. — Nous avons dit, à propos de la terminaison, ce qu'il y a de plus important relativement au pronostic, et nous venons d'y joindre quelques nouvelles considérations à propos du diagnostic. Nous ajouterons seulement ici que Lisfranc considère la métrorrhagie comme une cause de stérilité, ce qui est loin d'être inadmissible, mais ce qui a besoin d'être confirmé par de nouvelles observations.

§ VII. — Traitement.

Pour exposer d'une manière convenable le traitement de la métrorrhagie, il faut nécessairement établir trois catégories. Dans la première nous rangeons les *hémorrhagies assez abondantes pour mettre la vie en danger;* dans la seconde nous parlerons de ces métrorrhagies que l'on a appelées *actives* ou *aiguës*, et dans lesquelles on observe principalement la *congestion de l'utérus;* dans la troisième enfin, il sera question de la métrorrhagie dite *chronique*. Les autres distinctions établies plus haut viendront se ranger sous ces trois chefs.

1° *Métrorrhagie assez abondante pour mettre la vie en danger.* — Il est rare qu'une métrorrhagie survenant hors de la parturition soit assez abondante pour mettre la vie en danger; ce n'est guère que dans les conditions où l'on observe les *hémorrhagies constitutionnelles*, que l'on a à craindre un pareil accident; cependant, comme on a cité quelques cas de ce genre, il importe d'indiquer la conduite à tenir en pareille circonstance.

Emissions sanguines. — Lorsque l'hémorrhagie a été assez abondante, on ne peut guère être disposé à enlever encore une plus ou moins grande quantité de sang aux malades déjà anémiées; ce moyen ne saurait donc être mis en usage qu'au début de ces hémorrhagies qui s'annoncent comme très violentes, et dans lesquelles l'examen de l'utérus fait reconnaître un engorgement sanguin considérable.

Dès longtemps la *saignée générale* a été pratiquée dans la métrorrhagie, et elle est encore aujourd'hui conseillée par la plupart des auteurs; mais tous ne veulent pas que l'on y procède de la même manière. Les uns veulent que l'on enlève rapidement une grande quantité de sang par la veine, de manière à faire tomber la malade en faiblesse. Ce moyen a réussi dans quelques cas, mais il ne faut pas l'ériger en règle générale. Si la femme est forte et pléthorique, on peut y avoir recours, mais il faut toujours se régler sur la quantité de sang qu'elle a déjà perdue. Lazare Rivière (1) recommande, d'après Hollerius (2), de faire de grandes saignées, m

(1) *Praxis medicæ*, lib. XV, cap. III, *De flux. mens. immod.*
(2) *Comment.*, aphor. 50, sect. V.

[redacted]

retirant le sang par *jets interrompus*, ce que l'on pratique en plaçant le doigt l'ouverture de la veine et en le retirant alternativement. L'expérience ne nous rien appris sur l'efficacité de ce procédé. Enfin d'autres médecins préfèrent pra- quer une très petite saignée, et y revenir à des intervalles rapprochés, soit en rant la veine, soit en pratiquant une autre ouverture; mais cette pratique est souvent suivie dans les cas où l'abondance du sang est médiocre et où la ma- lie dure depuis plusieurs jours.

Des *sangsues* en plus ou moins grand nombre appliquées à l'hypogastre, aux ines, aux lombes, sont conseillées lorsque des signes de congestion violente vers l'utérus se font remarquer, et dans les mêmes circonstances on applique des *ven- touses scarifiées* sur les mêmes points.

Quelle est la valeur des émissions sanguines dans le traitement de la métror- hagie dont il s'agit ici ? C'est ce qu'il est bien difficile de dire avec précision. es médecins ont toujours suivi l'usage traditionnel, sans rechercher, dans l'ana- se des faits, l'influence réelle du moyen employé. Tout ce qu'il est permis le dire, c'est qu'il n'est guère d'agent thérapeutique qui soit plus généralement réconisé.

Ventouses sèches. —Un moyen qu'il faut rapprocher du précédent consiste dans emploi des *ventouses sèches*. Tout le monde connaît l'aphorisme dans lequel Hip- ocrate (1) conseille l'usage de ces ventouses. Il veut qu'on les applique sur les amelles, et la sympathie bien évidente qui existe entre ces organes et l'utérus a, en effet, un motif d'agir ainsi ; mais si le cas l'exige, on doit multiplier les ntouses et les appliquer sur la partie antérieure de la poitrine, sur les hypo- ondres, etc. On a, dans ces derniers temps, cité des cas où les *ventouses de* *Junod* ont arrêté des métrorrhagies assez inquiétantes ; c'est aux bras qu'on les appliquées.

Ligature des membres. — La ligature des membres est aujourd'hui bien rare- ent pratiquée ; on y avait recours autrefois plus fréquemment, comme on peut voir dans l'ouvrage de Rivière ; mais ce moyen, que l'on ne doit employer que ns les cas où la perte a été extrêmement abondante, ne trouve guère son appli- tion que dans la métrorrhagie puerpérale, dont nous n'avons pas à nous occu- r ici.

Compression de l'aorte. — La même remarque s'applique à la compression de orte, qui a réussi dans des cas graves : c'est dans les hémorrhagies survenues à suite de l'accouchement qu'elle a été mise en usage, et l'on comprend les diffi- ltés que l'on éprouverait à l'exercer dans d'autres circonstances.

Révulsifs. — C'est encore dans le but de détourner de la matrice la fluxion san- ine, que l'on emploie les révulsifs. Ainsi on prescrit des *frictions irritantes* r le dos, les lombes, les épaules, la partie antérieure de la poitrine. On peut ployer pour cela un *liniment ammoniacal*, le suivant par exemple :

℞ Ammoniaque liquide........ 5 gram. | Huile d'olive............... 30 gram.

Mêlez.

(1) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, traduites par Littré, t. III, *Aphorismes*, sect. V, b. 50.

ou bien encore le liniment suivant :

℞ Huile d'olive............. 30 gram. | Huile de croton tiglium.. .... 2 gram.

Mêlez.

Sur les mêmes points, et dans le même but, on applique des *vésicatoires volan* ou des *sinapismes ;* mais à ce sujet il faut faire une remarque importante. L'utili réelle de ces moyens est loin d'être démontrée avec précision. Or nous avons v plus haut que les femmes pouvaient se trouver dans un état d'excitation trè grand; on ne serait donc pas autorisé, vu l'efficacité hypothétique de ces moyens du moins dans les cas graves dont il s'agit ici, à les mettre en usage en pareil circonstance, au risque d'augmenter beaucoup cet état d'excitation nerveuse da lequel se trouvent les malades.

Les *manuluves sinapisés*, auxquels plusieurs médecins accordent beaucoup c confiance, agissent de la même manière que les moyens qui viennent d'être ind qués.

Application du froid. — L'application du froid est un des plus puissants moye que l'on puisse diriger contre les hémorrhagies utérines trop abondantes. De to temps on y a eu recours contre ces hémorrhagies, aussi bien que contre celles q ont leur siége dans d'autres organes, et ici nous trouvons plusieurs points par le quels nous pouvons faire agir le froid sur l'utérus. Sur l'hypogastre, on appliq des compresses trempées dans l'eau de puits, dans l'eau glacée, et fréquemme renouvelées, ou mieux encore, de la glace renfermée dans une vessie. Par le vag on fait parvenir sur le col utérin des injections d'eau froide, et enfin on adminis des lavements froids. Ce dernier moyen ne doit pas être négligé; car, en rempl sant le rectum d'un liquide froid, on agit sur le corps de l'utérus à la plus fail distance possible. Il faut recommander à la malade de conserver le lavement pe dant quelques minutes, et de le réitérer dès qu'il est rendu, si le cas paraît l'exig Quant aux injections, M. Gendrin fait remarquer, avec raison, que c'est la mani dont le froid agit le moins bien, parce que d'abord la surface sur laquelle il porté est la moins considérable, et qu'ensuite la température du liquide est bien élevée par le mélange du sang avec lui.

Il ne faut pas oublier, dans l'application du froid, cette sympathie des mamell et de l'utérus que nous avons rappelée à propos de l'application des ventouses, en même temps qu'on agit par les applications sur la matrice, on doit employer l moyens précédemment indiqués pour attirer le sang vers les mamelles. Quelqu auteurs néanmoins ont vu l'application *subite* de la glace sur les mamelles suspend une métrorrhagie, par suite de l'espèce d'ébranlement général que produit la sou traction immédiate du calorique dans ces organes sensibles.

Les *affusions froides* et l'*immersion dans un bain froid* sont des moyens qu'o n'emploie que dans les cas les plus graves, et lorsque le danger est imminent. O doit en mesurer l'action sur l'état des forces de la malade. On commence, dans l cas de grande faiblesse, par une ou deux affusions; puis on passe à l'immersi plus ou moins répétée, et enfin, si les forces le permettent, on laisse la malade da le *bain froid*, pendant cinq, dix, quinze minutes. Il serait imprudent de prolong *davantage* ces bains.

[redacted]

Topiques astringents et styptiques. — Pour les applications faites sur l'hypogastre et même pour les injections dans le rectum, il suffit de l'eau froide ou de la glace; les topiques styptiques et astringents n'auraient pas, en effet, d'action bien grande par cette voie indirecte : c'est donc pour les injections pratiquées dans le vagin qu'on a aujourd'hui presque exclusivement recours aux liquides dont il s'agit. Cependant les auteurs des derniers siècles ont mis en usage plusieurs de ces topiques, appliqués sur l'hypogastre ou sur le périnée. Rivière (*loc. cit.*) recommande d'abord des fomentations avec un liquide dont voici la formule :

℞ Racine de bistorte...	āā 15 gram.	Feuilles de thlaspi bursa pastoris.....	āā une poignée.
— de tormentille.		— de prêle........	
Écorce de grenadier....		Noix de cyprès................	30 gram.
Feuilles de plantain.....	āā une poignée.		
— de centinode....			

Faites bouillir dans :

Eau ferrée et gros vin.......................... 500 gram.

Pour fomentations fréquentes sur l'hypogastre.

Nous ne citons cette formule que pour montrer combien de médicaments divers employaient les anciens. Il en est une multitude d'autres, dont plusieurs sont des plus bizarres et qu'il serait tout à fait inutile de consigner ici; car, en l'absence de faits confirmatifs, aucun praticien ne voudrait les mettre en usage.

Rivière recommande aussi d'appliquer sur le pubis *une éponge qu'on a fait bouillir dans le vinaigre*, et divers onguents et liniments, qui tous excitent plus ou moins violemment la peau.

Aujourd'hui, on se contente de prescrire des injections répétées plusieurs fois par jour, avec des liquides styptiques ou astringents; les suivantes, par exemple :

℞ Eau d'orge............ 50 gram. | Vinaigre............ 100 à 150 gram.

Mêlez.

ou bien

℞ Eau de Rabel.......... 100 gram. | Eau commune............ 500 gram.

ou encore :

℞ Extrait de Saturne....... 10 gram. | Eau de rose.............. 1000 gram.
Vinaigre distillé......... 250 gram.

Nous citerons enfin l'injection recommandée par Berends, et dont voici la formule :

℞ Sulfate de fer....... de 4 à 8 gram. | Mucilage de gomme arabique.... 4 gram.
Eau de sauge............ 250 gram.

Mêlez.

Rien ne prouve que, parmi ces *injections* diverses, il y en ait quelqu'une qui jouisse d'*une vertu particulière; on n'a,* par conséquent, à considérer, dans le

[redacted]

prescription, aussi bien que dans celle des autres injections du même genre (*alun sulfate de zinc*, *noix de galle*, *tannin*, etc.), que leur plus ou moins grand degr d'action sur les tissus, de manière à la proportionner à la violence du mal, appré ciation qui appartient tout entière au praticien.

Tamponnement. — Il est extrêmement rare, comme je l'ai déjà fait observer, qu la métrorrhagie non puerpérale soit assez grave pour exiger la plupart des moyen précédents ; à plus forte raison doit-on peu redouter d'avoir à employer le tam ponnement, qui n'est nécessaire que dans les cas extrêmes. Aussi ne décrirons nous pas ici cette opération fort simple, qui ne demande qu'un peu de soin. O trouvera dans le second volume de cet ouvrage (1) l'indication des divers liquide dont on peut aider l'action du tamponnement, dans les cas où on le juge convenabl

Gariel a imaginé un procédé particulier de tamponnement. M. Diday l'a em ployé avec succès, et le passage suivant d'un article qu'il a publié dans la *Gazett de Lyon* fera connaître l'instrument de Gariel.

« Cet appareil excessivement simple, construit en caoutchouc vulcanisé, repré sente une petite vessie terminée par un long tube. Vide et roulée sur elle-même la poche a une grosseur et une longueur bien au-dessous de celle du petit doig Je le graissai et l'introduisis, conduit sur l'indicateur, aussi profondément que pos sible, dans le vagin. Puis, tout en le maintenant toujours en place du bout d doigt, je soufflai avec la bouche dans le tube resté en dehors. Je donnai ainsi la vessie une dilatation dont j'avais pris idée d'avance par une insufflation pré lable, et ce petit corps, que j'avais pu faire pénétrer presque inaperçu, prit instan tanément une ampliation telle, qu'il constitua une sphère d'environ 33 centimètr de diamètre. Je retins l'air en liant l'extrémité du tube avec un fil. » Aujourd'hu cet appareil est d'un usage habituel, ayant été appliqué aux chutes de l'utéru L'insufflation se fait à l'aide de poires de caoutchouc que l'on remplit d'air préala blement.

A ces moyens externes, on en associe d'autres qu'on fait agir à l'intérieur ; mai comme ils sont les mêmes dans les cas graves dont nous venons de parler et dar ceux dont nous allons nous occuper, nous les indiquerons un peu plus loin.

2° Dans le plus grand nombre des cas, l'hémorrhagie que l'on a appelée *acti aiguë*, et qui survient hors de l'époque de la parturition, est modérée et ne mena pas les jours de la malade. Mais elle peut avoir des résultats très fâcheux, si el n'est pas convenablement traitée ; car nous avons vu qu'elle peut persister, deven chronique, et jeter les femmes dans un état de faiblesse et d'anémie.

Nous retrouvons ici les divers moyens que nous avons déjà passés en revu mais qui doivent être employés avec plus de modération. Ainsi, relativement à l *saignée*, c'est aux petites *saignées révulsives* de 80 à 100 grammes, répétées plu ou moins souvent, qu'il faut généralement avoir recours. Des *sangsues* sont appli quées, comme dans le cas précédent, lorsqu'il existe une congestion utérine, l'on est quelquefois obligé d'y revenir souvent, parce que la métrorrhagie dor nous nous occupons ici n'est pas ordinairement continue, mais revient à des inte valles variables, et toujours, chez la plupart des sujets du moins, avec un état d congestion notable.

(1) Article *Epistaxis*, t. II, p. 262.

[redacted]

Il est beaucoup moins important, dans ces métrorrhagies modérées, d'arrêter le g par des moyens actifs. Il est même des cas où, comme dans toutes les hémrrhagies, l'écoulement doit être respecté : c'est lorsque, après tous les signes e congestion violente, la perte sanguine venant à s'effectuer, les symptômes ndent ou cessent complétement. Il n'est pas rare alors de voir, au bout d'un ain temps, le sang s'arrêter spontanément, et, loin d'être nuisible, l'hémorie a été salutaire, en faisant cesser l'engorgement de l'utérus et l'état pléthoe général. Les mêmes réflexions s'appliquent aux *hémorrhagies utérines cri-s* signalées par la plupart des auteurs. Les faits cités par les auteurs sont bien le démontrer péremptoirement son existence, et rien ne prouve qu'on n'ait é trompé par de simples coïncidences.

rsque cette hémorrhagie se prolonge de telle manière qu'on ne peut plus : que la perte de sang est utile, doit-on se hâter d'employer des moyens ? L'expérience de chaque jour prouve que cela n'est nullement nécessaire, et e médication bien simple triomphe, dans presque tous les cas, de la métror-. M. Gendrin a donné à cette médication le nom de *méthode expectante*, u'elle ne le mérite pas complétement, puisqu'on met en usage quelques ns dont l'efficacité n'est pas contestable.

lonc rien ne fait craindre que la perte de sang soit nuisible à l'organisme, si la e est assez forte, si la congestion utérine est nulle ou peu considérable, on e borner à prescrire un *repos absolu* dans la *position horizontale*, le bassin un peu plus élevé que le tronc, si les malades peuvent supporter cette posi- La chambre doit être bien aérée et sa température peu élevée. La malade en couverte; on lui épargnera, autant que possible, les grands mouvements, particulier les efforts pour aller à la garderobe : pour cela, on prescrira de s *laxatifs*, des lavements émollients, huileux, etc. On veillera à ce que la lation ne soit pas gênée par des vêtements trop serrés, et l'on éloignera de lade tout ce qui pourrait produire chez elle une émotion morale un peu vive, ıelque nature qu'elle soit.

ur compléter cette médication, il suffit de recommander un *régime* très léger s doux, de prescrire les *boissons froides*, et surtout à la *glace*, les *aliments ls* et pris en petite quantité à la fois; et enfin quelques lotions d'eau froide sur omen, si l'écoulement de sang ne diminue pas promptement sous l'influence noyens que je viens d'indiquer.

algré l'emploi de cette médication, on voit assez souvent la métrorrhagie perr, et chez quelques femmes très nerveuses ou débilitées, une perte de sang prolongée pourrait avoir de grands inconvénients; il est alors nécessaire de reir à des moyens actifs, qui tous sont employés dans la métrorrhagie à marche chroıe, et que, pour cette raison, nous allons exposer dans le traitement de cette espèce.

Que la métrorrhagie se soit montrée sous forme chronique dès le début, ou près avoir eu des signes de pléthore, de congestion, de réaction, les femmes iblies par la perte de sang aient maigri, pâli et n'aient plus rendu qu'un sang coloré et presque séreux, les moyens à mettre en usage sont les mêmes.

On n'a pas à recourir, en pareil cas, aux émissions sanguines, ou, si un engornent permanent de l'utérus exige qu'on applique quelques *sangsues*, on ne doit appliquer *qu'en petit nombre*, *et les laisser couler peu de temps*, car une trop

grande perte de sang ajouterait beaucoup à la faiblesse et à l'anémie, et peut-être sans triompher de la congestion utérine.

Médication interne. — Un nombre très considérable de médicaments a été prescrit dans la métrorrhagie. Beaucoup d'entre eux sont mis en usage dans toutes les hémorrhagies. Nous indiquerons les principaux.

Acides. — Les acides ont été employés par presque tous les praticiens, et l'on a principalement recours aux *acides minéraux*. M. Mialhe (1) est venu nous donner l'explication de cette vertu antihémorrhagique propre aux acides minéraux, et que l'expérience avait fait reconnaître sans qu'on pût s'en rendre bien compte. Ces acides sont des coagulants du sérum du sang, tandis que les acides végétaux étendus d'eau, tels qu'ils doivent être donnés à l'intérieur, sont des fluidifiants.

De tous les acides, l'*acide sulfurique* est le plus fréquemment employé ; on peut le donner sous forme de limonade, ainsi qu'il suit :

Limonade sulfurique.

℞ Acide sulfurique à 66 degrés. 5 gram. | Eau.......................... 1500 gram.

A prendre par verrées, en ajoutant à chaque verre :

Sirop de gomme................ 30 gram.

Agitez avec soin le mélange chaque fois que vous le verserez, car l'acide gagne les parties inférieures, et les dernières doses pourraient être trop fortes.

Le *julep antihémorrhagique*, tel que nous l'avons indiqué, tome II, à l'article *Epistaxis*, sera prescrit, si la malade répugne à prendre une trop grande quantité de liquide. Voici sa composition :

℞ Acide sulfurique.........	10 gram.	Sirop de guimauve.............	100 gram.
Mucilage de gomme arabiq.	500 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On peut employer de la même manière les *acides nitrique et hydrochlorique ;* mais il ne faudrait pas, avec quelques praticiens, regarder l'*acide phosphorique hydraté* comme ayant la même propriété, car il résulte des recherches de M. Mialhe que cette substance a au contraire une propriété fluidifiante. C'est pourquoi on doit penser que dans les faits cités par certains auteurs, comme Lundeberg, Meissner et Burdach, qui ont prescrit cet acide, il y a eu quelque circonstance particulière et méconnue qui a favorisé la guérison de la métrorrhagie malgré l'emploi de ce médicament.

Styptiques et astringents. — L'*alun* est un des médicaments qui sont le plus généralement employés, surtout chez les femmes faibles, lymphatiques, débilitées. Le docteur John recommande la formule suivante, qui renferme d'autres médicaments dont nous aurons à nous occuper tout à l'heure.

℞ Alun.................	4 gram.	Opium.....................	0,20 gram.
Cannelle..............	1,25 gram.		

Mêlez. Faites une poudre. Divisez en quatre paquets. Dose : un toutes les quatre heures.

(1) *Art de formuler*, p. 30 et suiv.

;ette poudre ressemble beaucoup, par sa composition, à la potion que Plenk conisait dans les cas dont il est question. La voici :

℞ Eau de menthe..........	120 gram.	Alun....................	1,25 gram.
Teinture de cannelle......	30 gram.	Sirop diacode............	30 gram.

lèlez Dose : deux cuillerées à bouche, d'abord toutes les heures, et ensuite toutes les x heures.

L'*acétate de plomb* est également donné à l'intérieur dans les mêmes circonces; on le prescrit en pilules ainsi qu'il suit :

℞ Acétate de plomb......	ãã 4 gram.	Sirop simple....................	Q. s.
Poudre de guimauve...			

'aites quarante pilules. Dose : quatre ou cinq par jour.

Le *tannin* a été mis en usage, et avec succès, principalement dans les derniers ıps. La *potion suivante* a été vivement recommandée :

Tannin..............	1,50 gram.	Sirop de safran au vin de Malaga.	30 gram.
Eau distillée d'absinthe..	150 gram.		

ose : de trois à six cuillerées par jour.

Le *tan* a été recommandé par Porta qui en fixe la dose à 2 grammes et demi par r. Mais, suivant M. Trousseau, cette dose est trop faible, et l'on devrait l'augıter d'un tiers, ou de la moitié et plus, progressivement, pour avoir une action apeutique réelle.

a *noix de galle* a des propriétés analogues, ainsi que le *cachou* et les autres ngents végétaux, dont par conséquent nous ne nous occuperons pas plus longps.

a *ratanhia* doit être prescrite en extrait. Cette substance fait partie d'un grand bre de *potions* auxquelles on a donné le nom d'hémostatiques; nous nous borıns à citer les suivantes :

Potion hémostatique de Clarus.

Digitale.................	2 gram.	Eau bouillante................	Q. s.

obtenir 180 grammes d'infusion.

outez à la colature :

Extrait de ratanhia............ de 2 à 3 gram.

se : une cuillerée toutes les trois heures.

Potion hémostatique de Hildenbrand.

Extrait de ratanhia.......	4 gram.	Élixir acide aromatique........	2 gram.
Eau de camomille........	130 gram.		

lez. Dose : deux cuillerées toutes les deux heures.

ı a associé l'extrait de ratanhia à l'alun, à l'acide sulfurique, au tannin, au ıu, à diverses autres substances *anti-hémorrhagiques*, et il sera facile de faire

[redacted]

de semblables formules. Chez les personnes très jeunes, on peut donner cette substance en sirop que l'on prépare ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de ratanhia........ 15 gram. | Eau...................... 120 gram.

Ajoutez à la solution :

Sirop de sucre bouillant et réduit d'un quart.... 500 gram.

La *monésia* a les mêmes propriétés que la ratanhia, et bien qu'elle ait été préconisée vivement par MM. B. Derosne, Henry et Payen (1), il ne paraît pas, d'après les expériences faites par d'autres praticiens, qu'elle ait aucune vertu spéciale. Comme la ratanhia, c'est sous forme d'extrait et de sirop qu'on l'administre ordinairement.

Il serait inutile de multiplier ces moyens, et de parler, par exemple, du *bol d'Arménie*, du *sang-dragon*, etc., que donnaient les anciens. Les moyens précédents suffisent.

Vomitifs. — On a conseillé l'emploi des vomitifs, non-seulement lorsque la perte de l'appétit, un mauvais goût à la bouche, la pesanteur de tête peuvent faire croire à l'existence d'un *embarras gastrique ;* mais encore dans tous les cas de métrorrhagie chronique indistinctement. Ce qui empêche qu'on puisse savoir d'une manière positive quelle est la valeur de cette médication, c'est que, comme nous l'avons vu plus haut, la métrorrhagie de moyenne intensité tend souvent naturellement à la guérison. Il n'est pas douteux néanmoins que, dans les faits cités par Alphonse Leroy (2), MM. Gendron et Osborne (3), la diminution de l'écoulement sanguin n'ait suivi de près l'administration des vomitifs. Le dernier de ces auteurs recommande l'*ipécacuanha*, à la dose de 1,25 gram., et veut qu'on y revienne une ou deux fois, si les symptômes résistent. On emploie plus ordinairement le *tartre stibié* à dose vomitive. Alphonse Leroy recommande de répéter ce médicament plusieurs jours de suite.

Purgatifs. — De légers purgatifs, comme le *sulfate de soude, de magnésie*, l'*eau de Sedlitz*, sont également administrés dans les mêmes circonstances. Le docteur Osterlin unit le *séné* et le *sel de Glauber* à une infusion amère et excitante, ainsi qu'il suit :

℞ Follicules de séné..... } ââ 15 gram.
Herbe de millefeuille... }
— de petite centaurée }

Sel de Glauber.............. 30 gram.
Semences de fenouil.......... 10 gram.

Faites infuser dans :

Eau.................... 500 gram.

Dose : une demi-tasse ou une tasse tous les matins.

Opium. — Les douleurs quelquefois vives et l'état nerveux dans lequel se trouvent les malades ont naturellement engagé les médecins à recourir aux narco-

(1) *Examen chimique et médical de la monésia.* Paris, 1841, in-8.
(2) *Voy. Dictionnaire des sciences médicales.*
(3) *Gazette médicale*, 1832.

[redacted]

ues, parmi lesquels l'opium tient la première place. Vogler (1) regarde ce moyen mme le plus efficace, et l'on trouve dans les divers recueils un assez grand mbre de mémoires où l'on vante l'efficacité de cette substance. Malheureuse-:nt les cas cités sont très divers, et la plupart se rapportent à des métrorrhagies ierpérales; en sorte que nous ne pouvons pas apprécier, d'après l'expérience, la leur de ce médicament qui, selon quelques-uns, comme Robert Thomas, doit re donné à petites doses, et, selon d'autres, à haute dose (2).

Il est certain que, lorsque des douleurs plus ou moins vives s'irradient dans le ssin, les lombes, les cuisses, l'emploi de l'opium est indiqué; mais il faut, avant e le donner, s'assurer si ces douleurs ne sont pas dues à la présence d'un caillot u de fausses membranes, comme dans les cas rapportés par Lisfranc; car alors le eul moyen de les faire cesser est de débarrasser le col de l'utérus des corps étran-ers qui obstruent sa cavité. Dans d'autres cas aussi, comme on en voit des xemples dans les observations de M. Duparcque, ces douleurs résultent des con-ractions exercées par l'utérus pour se débarrasser du sang qui engorge son tissu; t nous avons dit plus haut que le meilleur moyen de faire cesser ces contractions xpulsives est de pratiquer des émissions sanguines locales. A mesure que l'obser-ation sera faite avec plus d'exactitude, ces cas seront déterminés avec plus de pré-ision. 5, 10, 15 centigrammes d'opium et plus, progressivement, sont souvent iécessaires pour faire cesser les douleurs dans les *métrorrhagies désignées sous le iom de spasmodiques*, et avec la cessation des douleurs coïncide ordinairement :elle de la perte utérine. Les *lavements laudanisés* sont administrés dans les nêmes cas.

Antispasmodiques. — Les antispasmodiques sont prescrits dans les mêmes cir-constances, mais moins généralement. Parmi eux il n'en est aucun qui ait été plus recommandé que le *camphre*, qu'on peut unir à l'opium ainsi qu'il suit :

℞ Camphre	2 gram.	Sirop d'opium	30 gram.
Poudre de gomme	6 gram.	Eau	150 gram.

A prendre par cuillerées.

Nous n'insistons pas sur la médication par les antispasmodiques, parce que nous n'avons sur elle que des renseignements insuffisants. Dans le cas où ils paraîtraient indiqués, on pourrait administrer en lavements l'*asa fœtida*, le *camphre*, le *musc*, etc.

Ergot de seigle. — L'action spéciale du seigle ergoté (3) a engagé à l'employer dans la métrorrhagie. C'est d'abord dans la métrorrhagie puerpérale qu'on l'a prescrit, mais ensuite on a étendu son application à tous les cas où l'on a pensé que l'utérus avait perdu sa tonicité et était dans un état d'engorgement passif. La meilleure manière d'administrer ce médicament est la suivante :

℞ Seigle ergoté récemment pulvérisé........ de 2 à 4 gram.

Divisez en quatre paquets. A prendre dans la journée, à intervalles égaux, dans une cuille-rée d'eau sucrée, ou dans du pain enchanté.

(1) *Erfahrungen über Geburt.* Marburg, 1797.
(2) Righby et Duncan, *Nouveau traité sur les hémorrhagies de l'utérus*, trad. par madame Boivin. Paris, 1818, in-8.
(3) *Voy.* Arnal, *De l'action du seigle ergoté et de l'emploi de son extrait dans les c*

[redacted]

M. Goupil recommande la mixture suivante :

℞ Poudre de seigle ergoté.... 4 gram.	Esprit de menthe.......... 0,10 gram.
Sirop simple............ 30 gram.	

A prendre par cuillerées.

C'est le même moyen qui est employé pour provoquer les contractions utérines pendant l'accouchement; seulement, dans le cas dont il s'agit, il ne faut pas le donner à des intervalles trop rapprochés, et même on fera bien de *commencer par de plus faibles doses.*

Nous citons la formule suivante du docteur Schussmann, parce que, avec le seigle ergoté, elle contient des substances antispasmodiques et narcotiques, et qu'elle peut être utile dans des cas où l'on a à atteindre le double but de favoriser les contractions utérines et de calmer l'excitation nerveuse :

℞ Ergot de seigle................. 45 à 60 gram.

Faites infuser dans :

Eau bouillante............. 200 gram.

Faites dissoudre dans la colature :

Extrait de belladone..... 0,75 gram.	Eau d'amandes amères... de 2 à 6 gram.
Sirop d'opium......... 30 gram.	

Mêlez. Une demi-cuillerée ou une cuillerée à bouche toutes les heures.

Sabine.—On a été jusqu'à prescrire la sabine, quoique cette substance soit employée comme un des plus puissants emménagogues. On trouve dans le *Journal de Hufeland* plusieurs faits en faveur de cette médication, qui cependant est loin d'être généralement adoptée. Wedekind (1) et le docteur Cünther (2) ont surtout préconisé ce médicament. Le dernier veut qu'on donne la *poudre de sabine* à la dose de 1,25 grammes quatre fois par jour. Cette dose est considérable, et l'expérience n'a pas parlé assez fortement en faveur de ce médicament pour qu'on doive conseiller de le prescrire en aussi grande quantité. C'est, du reste, à l'observation ultérieure à nous éclairer sur ce point.

Ferrugineux. — Les ferrugineux sont donnés dans les cas où la faiblesse et l'atonie sont grandes. Mais c'est surtout pour combattre l'*anémie*, suite de la métrorrhagie, qu'on y a recours. Nous renvoyons par conséquent à l'article *Anémie* (3). Plus loin nous parlerons de leurs effets dans la *chlorose ménorrhagique.*

M. le docteur Terrier préconise vivement l'*oxyde d'argent* associé à l'opium. La dose est en moyenne de 60 centigrammes en 12 pilules, additionnées chacune d'un douzième d'extrait d'opium; dose : 1 pilule matin et soir. S'il s'agit d'enrayer une hémorrhagie abondante, on donne l'oxyde d'argent à doses plus élevées et rap

d'hémorrhagies internes (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1849, t. XIV, p. 40 — *Rapport à l'Académie de médecine*, par M. Danyau, le 1er octobre 1850 (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XV, p. 6 et suiv.).

(1) *Ilufeland's Journal der practischen arzneikunde*, 1800.

(2) *Ibid.*, *Journal der practischen Heilkunde*, 1826.

(3) Voy. tome I, p 503.

[redacted]

prochées : 30 centigrammes en 3 doses, à une demi-heure d'intervalle, additionnées chacune d'un sixième de grain d'extrait d'opium.

Ce médecin donne quatre observations où ce traitement eut un plein succès.

Le docteur Thweat (1), qui a fait une étude spéciale de ce médicament, affirme que son action est surtout efficace dans la menstruation à période très rapprochée. Il faut attendre de nouveaux faits.

Moyens divers. — Restent maintenant un certain nombre de médicaments vantés par quelques auteurs, mais sur l'efficacité desquels nous n'avons que des renseignements insuffisants. Ainsi le *nitrate de potasse à haute dose*, conseillé par les docteurs Zucari (2) et Goupil (3), qui le donne à la dose de 8 à 16 grammes par jour dans la tisane ; la *digitale*, que Brera unit à la gomme kino, ainsi qu'il suit :

℞ Digitale	0,10 gram.	Gomme kino	0,60 gram.

Faites des paquets semblables. Doses : un toutes les deux heures.

On a encore recommandé l'*acétate d'ammoniaque*, la racine de *tormentille* (4), la *créosote*, le *petit-lait*, le *ferro-cyanate de potasse*, le *suc d'orties* (5), la *teinture de cannabine* à la dose de 5 gouttes en trois fois dans les vingt-quatre heures, etc. (6).

En même temps qu'on emploie cette médication interne, on ne doit pas négliger les *moyens externes* indiqués plus haut à propos de la *métrorrhagie aiguë ;* seulement il faut en proportionner l'action à l'intensité du mal et aux forces de la malade.

Est-il maintenant quelques moyens qui s'appliquent plus particulièrement à certaines des espèces de métrorrhagie que nous avons indiquées plus haut ? C'est d'après ces symptômes que ces espèces ont été établies, et c'est aussi d'après les symptômes que le traitement précédent a été institué. Il ne nous reste à considérer que la *chlorose ménorrhagique* et la *métrorrhagie symptomatique d'une affection organique* de l'utérus. Relativement à cette dernière, on comprend tout de suite que lorsque la métrorrhagie se produit, elle doit momentanément fixer sur elle l'attention d'une manière exclusive, et faire oublier presque complétement la maladie primitive. On doit même faire complétement abstraction de celle-ci, lorsque la métrorrhagie est assez abondante pour mettre en danger les jours de la malade. Dans les cas moins graves, il faut se rappeler que les femmes ont une affection organique essentiellement débilitante, et par conséquent on ne doit employer qu'avec modération les remèdes qui tendent à augmenter cette débilitation, et en particulier les émissions sanguines.

Chlorose ménorrhagique. — Quant à la ménorrhagie qu'on observe dans cer-

(1) *The American Journal of the medical sciences*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 16 février 1851.
(2) *Ann. univ. di med.*, 1821.
(3) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, t. VII.
(4) Meyer, *Recept. Taschenbuch zür österreich. Pharm.*, 1836.
(5) Cazin, *Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1851.
(6) Churchil, *Medical Times*, et *Bulletin général de thérapeutique*, 20 janvier 1850.

[redacted]

tains cas de chlorose, nous en avons indiqué le traitement avec tous les détails né-cessaires dans un autre article (1) ; il suffit donc d'y renvoyer le lecteur.

M. Mitchell (2) a traité avec succès des métrorrhagies en pratiquant sur la régio lombaire des *raies de feu avec le cautère rougi à blanc.* Il en fait jusqu'à dix-hui et vingt. Ce sont ces cas qui reconnaissent pour cause une *névralgie lombo-utérin* et dont nous avons déjà parlé à l'article *Leucorrhée.*

Traitement de quelques accidents. — Nous avons dit plus haut que la formatio de caillots ou de fausses membranes peut donner lieu à des contractions expulsives occasionnant des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Les faits rap-portés par Lisfranc (*loc. cit.*) prouvent qu'en pareil cas il n'est pas de meilleu moyen que de *retirer les caillots ou les fausses membranes,* en les détachant ave le doigt. Des *injections* peuvent favoriser cette extraction, qui quelquefois es difficile, le corps étranger étant placé trop haut dans la cavité utérine.

Si, par suite de l'oblitération du col par ces caillots ou fausses membranes, l sang continuait à s'accumuler outre mesure, et distendait la cavité utérine en pro-duisant les symptômes de l'hémorrhagie interne, il faudrait enlever avec prompti-tude l'obstacle, en même temps qu'on mettrait en usage les moyens dirigés contr la métrorrhagie, qui met les jours des malades en danger. Le même accident peu se produire à la suite du tamponnement; et en pareil cas il faut enlever les tam-pons, pour agir ensuite comme lorsqu'on a enlevé les caillots.

La manière dont nous avons présenté le traitement me dispense de le résume en *ordonnances,* ce qui d'ailleurs serait beaucoup trop long, les cas étant trè divers.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Métrorrhagie assez grave pour faire craindre pour la vie.* — Émission sanguines, ventouses sèches, ligature des membres, compression de l'aorte; ré-vulsifs, application du froid, topiques astringents et styptiques; tamponnement.

2° *Métrorrhagie active de médiocre intensité.* — Émissions sanguines, saigné révulsives; repos moral et physique, position horizontale, air frais; boisson froides, aliments froids; applications froides.

3° *Métrorrhagie chronique.* — *Médication interne :* Acides, styptiques et astrin-gents; vomitifs, purgatifs; opium, antispasmodiques, ergot de seigle, sabine moyens divers : digitale; tormentille, etc. *Moyens externes,* comme dans la pre-mière catégorie, mais proportionnés à l'état de la malade.

4° *Traitement de la chlorose ménorrhagique.*

5° *Traitement de quelques accidents :* Caillots, fausses membranes, hémorrhagi interne.

ARTICLE IV.

CONGESTION UTÉRINE.

Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'utérus ont cité des ca dans lesquels un afflux de sang ayant lieu dans le tissu de la matrice, cet organ

(1) *Voy. tome I, art. Chlorose.*
(2) *Loc. cit.*

[redacted]

s'est tuméfié sans qu'il s'ensuivît d'hémorrhagie. Dans plusieurs de ces cas, on peut, il est vrai, admettre l'existence d'un certain degré d'inflammation : c'est du moins ce qui semble ressortir des observations qui malheureusement sont presque toujours extrêmement incomplètes; mais d'autres, tels que quelques-uns de ceux qu'ont rapportés Dugès et madame Boivin (1), M. Duparcque (2), ne présentent d'autres signes que ceux d'une fluxion sanguine, et, par conséquent, cette affection doit être examinée à part.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On ne doit regarder comme congestion utérine qu'une affection dans laquelle il survient une tuméfaction rapide de l'utérus sans symptômes généraux prononcés. Telle n'est pas la manière de voir des auteurs que nous avons cités. Pour eux, une simple congestion peut s'accompagner non-seulement de symptômes fébriles marqués, mais encore d'un écoulement blanc ou jaunâtre de l'utérus. Mais, évidemment, donner une aussi grande extension à la congestion sanguine, c'est rendre toute distinction impossible. Dans cette manière de voir, il n'y a plus aucune ligne de démarcation entre la congestion simple et l'inflammation. Plusieurs auteurs, en présence de ces symptômes, ont été conduits à donner à l'affection le nom de *métrite subaiguë*. Il y aurait, suivant eux, des phénomènes inflammatoires dans certains cas, et comment dès lors regarder la maladie comme une simple congestion?

Cette affection a reçu, en outre, les noms de *fluxion utérine*, *pléthore utérine*, *engorgement de la matrice par congestion simple* (Duparcque); et, comme nous venons de le dire, celui de *métrite subaiguë*.

Lorsque les règles apparaissent, et dans un bon nombre de cas de métrorrhagie, il se fait une congestion utérine avant que le sang commence à s'écouler; sous ce point de vue donc, on pourrait dire que cette congestion est très fréquente. Mais ce n'est pas là une maladie, et nous ne devons nous occuper ici que de la congestion sanguine qui persiste un temps plus ou moins long sans écoulement de sang. Si l'on en juge par le très petit nombre de cas de ce genre que possède la science, la congestion utérine, ainsi comprise, est une affection rare, surtout comparativement à la métrorrhagie.

§ II. — Causes.

M. Duparcque cite d'abord comme cause prédisposante l'*âge de la puberté*, et il ajoute que, sous l'influence de cette prédisposition, on voit la congestion sanguine de l'utérus excitée par « les *émotions morales violentes* ou *concentrées*, un *exercice violent*, l'*usage des excitants*, des *stimulants* alimentaires ou médicamenteux, etc. »

« Outre ces causes générales ou communes aux congestions de tous les organes, il en est, continue cet auteur, qui sont particulières à l'espèce d'engorgement qui nous occupe, savoir, quelques *excitants spéciaux* comme la *rue*, la *sabine*, etc., et les excitants propres des organes génitaux, le *coït*, la *masturbation*. » Et plus

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1833, t. II.
(2) *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice*, 2e *édition. Paris, 1839, p. 166 et suiv.*

loin il signale l'action du *froid*, l'*usage intempestif des astringents* aux époq menstruelles et après l'accouchement.

Cette citation montre combien sont vagues nos connaissances sur l'étiologie cette affection. Assurément rien n'est plus admissible que l'action de quelqu unes de ces causes; mais, en signaler ainsi l'existence, c'est ne nous appren rien sur leur degré d'influence, et peut-être beaucoup d'entre elles n'ont d'au base que des idées théoriques, de pures hypothèses.

Nous devons ajouter que l'on n'a jamais trouvé de *déplacement considérabl l'utérus* sans un certain degré de congestion.

§ III. — Symptômes.

Les malades éprouvent dans le bassin, et principalement vers le rectum e périnée, une *sensation de pesanteur* incommode, qui augmente considérablem lorsqu'elles se livrent à un exercice prolongé. Fréquemment, lorsque la conges est devenue considérable, cette sensation se change en une véritable *dou* sourde, et l'on voit bientôt survenir des *tiraillements* dans les lombes et dan aines, qui se produisent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui q quefois se transforment en douleurs vives semblables à des coliques. Ces a peuvent avoir une durée assez longue, et alors ils s'accompagnent d'une sens de contraction violente de la même nature que les contractions expulsives de couchement ; il y a un véritable *ténesme* utérin. « Ces douleurs, dit M. Duparc sont parfois tellement violentes, que les malades sont obligées de se tenir fortei courbées en avant pendant leur durée. »

Pendant que ces douleurs si vives se manifestent, il est remarquable que la *p sion* sur le corps de l'utérus à travers l'hypogastre et sur le col à l'aide du touch détermine aucune douleur au dire des auteurs, et en particulier de M. Duparc Cette proposition nous paraît néanmoins un peu trop absolue. Nous avon des cas de congestion utérine, sans aucun signe d'inflammation, dans lesqu corps de l'utérus, palpé à travers la paroi hypogastrique, avait une sensibilité quée, quoique moindre que dans la métrite, et il arrive assez fréquemment q peut constater l'existence de la douleur dans les cas de *dysménorrhée*, lorsq fluxion sanguine détermine de violents symptômes que l'apparition du sang di bientôt complétement. D'ailleurs M. Duparcque lui-même rapporte un exe semblable (obs. 55).

« Un phénomène remarquable, dit M. Duparcque, et commun à toutes les gestions actives avec ou sans hémorrhagies, est le *battement très prononcé a du col*, *des artères utérines*, qui paraissent plus développées qu'à l'état norn Sans nier l'existence de ce symptôme, nous dirons qu'elle n'est pas mentic dans les observations que nous ont données les auteurs.

Signalons le *gonflement* de l'*organe* que l'on reconnaît aux signes suivants. le *toucher* on sent le col volumineux, et si, la femme étant debout, on so l'utérus avec le bout du doigt, on le trouve notablement plus lourd qu'à normal. Le *toucher par le rectum* est utile pour acquérir une idée approxin de l'augmentation de volume du corps. Assez souvent ce volume est trop peu sidérable pour que la palpation à travers la paroi hypogastrique puisse faire :

fond de l'utérus. Mais dans quelques cas, et surtout dans ceux qui se produisent pidement, l'engorgement est assez marqué pour que le fond de l'utérus s'élève au-dessus des pubis et puisse être facilement saisi. La *percussion* fait alors reconnaître un son mat à convexité supérieure, et s'étendant à droite et à gauche de la ligne blanche, sans atteindre les fosses iliaques. On parvient d'ailleurs facilement à connaître le véritable volume de l'organe en *combinant le palper hypogastrique avec le toucher vaginal*, procédé d'exploration qu'il ne faut jamais négliger.

Si quelques auteurs ont admis l'existence de phénomènes réellement fébriles dans les simples congestions sanguines de l'utérus, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment distingué la métrite de la congestion. Les seuls *symptômes généraux* qui appartiennent à cette dernière sont un malaise général, d'autant plus prononcé que les accès de douleur sont plus vifs; une agitation et une anxiété plus ou moins grandes.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La congestion sanguine de l'utérus a ordinairement une marche aiguë, c'est-à-dire que les symptômes atteignent rapidement leur summum d'intensité. Dans quelques cas, néanmoins, les phénomènes suivent une marche lente, et la maladie reste ensuite stationnaire pendant un temps variable. Un de ses principaux caractères est de présenter des *accès* douloureux, qu'on nomme vulgairement *coliques utérines*.

La *durée* de la congestion utérine est ordinairement courte et ne dépasse pas trois, quatre ou cinq jours; elle est surtout courte lorsque l'engorgement sanguin précède l'éruption des règles; car presque toujours l'issue du sang fait cesser tous les accidents, comme nous l'avons vu à l'article *Dysménorrhée*. En pareil cas elle peut ne pas dépasser une ou deux heures; mais, dans quelques cas où la congestion survient hors des époques menstruelles, et où elle n'est pas suivie d'hémorrhagie, on la voit se prolonger pendant plusieurs semaines, surtout si on ne lui oppose pas un traitement convenable et si la malade ne garde pas le repos nécessaire.

La *terminaison* est heureuse, soit que la congestion se termine par une hémorrhagie spontanée, soit que l'intervention de l'art soit nécessaire. Néanmoins si un traitement convenable n'est pas employé, si la malade fait des excès et ne garde pas le repos, une congestion durant depuis longtemps peut se terminer par une véritable inflammation, ou par une *hématocèle péri-utérine*.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les altérations que l'on a trouvées après la mort, dans les cas où des femmes ayant une congestion utérine ont succombé à une autre affection, consistent uniquement en un gonflement plus ou moins considérable de l'utérus avec distension des vaisseaux par le sang. A la coupe du tissu utérin, il s'écoule une grande quantité de ce liquide, et le tissu reste ensuite avec sa consistance normale.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* sera mieux placé après la description de la *métrite simple aiguë*, la seule affection avec laquelle *on puisse confondre* la congestion utérine. Les princi-

paux caractères différentiels entre ces deux affections sont les accès douloureux plus marqués et plus fréquents dans la congestion, la moindre sensibilité à la pression, et l'absence de phénomènes fébriles.

Pronostic. — Le pronostic est favorable dans l'immense majorité des cas, et, dans quelques-uns seulement, on peut craindre le développement d'une inflammation simple ou d'une tumeur sanguine. Cependant, s'il faut en croire quelques auteurs, le pronostic serait beaucoup plus grave. Voici comment s'exprime à ce sujet M. Duparcque : « L'engorgement par congestion, dit-il, passe facilement à l'état de phlegmasie chronique, et de là en des transformations organiques plus profondes. » Cette proposition contient une erreur fort grave. De ce que ces affections chroniques, toutes spéciales, et dont les progrès inévitables peuvent être prédits dès que l'on en voit les premiers symptômes, présentent souvent à leur début des signes de congestion ou d'hypérémie, on en conclut que toute congestion et hypérémie peut se transformer en lésion anatomique ; mais c'est là étudier les faits très superficiellement, et une analyse plus approfondie prouve combien cette manière de voir s'éloigne de la vérité. M. Duparcque a cité des faits de ce genre. Lorsque nous parlerons du *cancer de l'utérus*, nous passerons ces faits en revue.

§ VII. — Traitement.

Si l'affection est peu intense, il suffit soit d'une *saignée générale*, soit d'un application de *sangsues* à l'hypogastre, aux parties génitales, à l'anus, soit de *ven touses scarifiées* à l'hypogastre, de quelques *bains*, d'une petite quantité d'*opiu* (3 à 5 centigrammes le soir), d'un *régime* doux et léger, et du *repos* au lit, pour faire disparaître promptement tous les symptômes, et pour voir apparaître le flu menstruel dans le cas où il s'agit de dysménorrhée.

Si l'*affection est plus intense*, si elle dure depuis longtemps, surtout si elle lieu en dehors de l'époque menstruelle, il faut mettre en usage des moyens pl actifs. On insiste d'abord sur les émissions sanguines dans les cas où la mala est vigoureuse et où la force du pouls et l'apparition rapide des symptôn annoncent qu'il s'agit d'une de ces congestions auxquelles on a donné le n d'actives.

Quelques auteurs veulent que les émissions sanguines soient faites à une c taine distance du siége de la maladie pour opérer une *dérivation ;* ainsi lombes, à la base de la poitrine ou dans un point plus éloigné encore. L'expérie ne nous a pas suffisamment éclairé sur l'utilité de cette pratique.

Les *bains* doivent être plus prolongés dans le cas dont il s'agit. On prescrit é lement des *injections émollientes* fréquemment pratiquées.

Les *douleurs* sont combattues par les narcotiques et surtout par l'*opium* dose de 0,05 à 0,010 gram., et plus si elles résistent. Les *lavements laudan* ont également un très grand avantage, et le docteur West a préconisé l'*ac* sous forme d'extrait aqueux à la dose de 0,05 gram., que l'on augmente ens graduellement ; mais quelques auteurs préfèrent les antispasmodiques comm *musc*, le *camphre*, l'*asa fœtida*.

Les *excitants diffusibles*, et surtout l'*ammoniaque* et l'*acétate d'ammoniaq ont été vantés* dans les cas où la congestion survient *chez des femmes faible*

dont le pouls a peu de résistance. M. Duparcque emploie l'ammoniaque de la manière suivante :

℞ Ammoniaque liquide..... 18 gouttes. | Sirop de sucre.............. 60 gram.

Mêlez. A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café, dans une petite tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

Le docteur Mesnier prescrit l'*acétate d'ammoniaque* à la dose de quatre à sept gouttes répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et données soit dans une infusion quelconque, soit simplement dans un peu d'eau sucrée.

D'autres excitants ont été prescrits dans les mêmes circonstances ; mais il n'en est aucun qu'il soit plus important de citer que le *seigle ergoté*, à cause de son action spéciale. Les docteurs Pagrani et Pignucia (1) ont rapporté plusieurs observations dans lesquelles l'ergot de seigle a eu les plus heureux effets aux doses suivantes :

℞ Ergot de seigle........... 4 gram.

Divisez en huit paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une cuillerée d'eau sucrée.

Quelques sangsues, l'entretien de la liberté du ventre à l'aide de légers purgatifs, la diète, le repos, ont complété le traitement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, bains, opium, repos ; régime ; aconit, antispasmodiques, excitants diffusibles, ammoniaque, acétate d'ammoniaque ; ergot de seigle.

ARTICLE V.

DE LA MÉTRITE EN GÉNÉRAL.

[La métrite, ou inflammation de l'utérus, présente un si grand nombre de variétés, qu'il est impossible d'en tracer une description d'ensemble ou générale. On ne pourrait donner que les caractères communs aux différentes formes, et l'on s'exposerait au tort grave de présenter un *type* qui n'existe réellement pas. Il vaut mieux accepter les faits tels qu'ils se présentent, et les exposer dans autant d'articles séparés, et c'est ce que nous allons faire.

Nous ferons remarquer d'abord que l'inflammation de la matrice qui succède à l'*accouchement* est une espèce absolument à part, et qui ne peut, à aucun titre, être confondue avec les autres. Nous la décrirons d'abord sous le nom de *métrite puerpérale.*

Procédant ensuite à la séparation des espèces qui se montrent dans l'état de *vacuité* des organes, nous distinguerons les métrites *partielles* de la métrite *générale.* Appuyé sur cette donnée anatomique et marchant en quelque sorte du connu à l'inconnu, nous décrirons successivement : la *métrite externe ou du col utérin*, qui comprend l'histoire des *érosions*, *granulations*, etc. ; la *métrite interne* ou *de la muqueuse intra-utérine*, ou *catarrhe utérin*, à laquelle se rattachent les *fongo-*

(1) *Annali universali di medicina.*

[redacted]

sités intra-utérines; enfin la *métrite parenchymateuse* et les *engorgements chro-niques de l'utérus.*

Dans cette division, nous n'avons eu nullement égard à l'état d'acuité ou de chronicité, car si quelques espèces peuvent se présenter sous les divers aspects d'autres n'ont absolument que le second.]

ARTICLE VI.

MÉTRITE PUERPÉRALE.

Les observations prises par M. Voillemier (1) pendant une épidémie de *fièvre puerpérale* qui a régné à la clinique de la Faculté de médecine ont contribué à nous éclairer sur ce sujet, et depuis, plusieurs autres travaux sont venus confirmer ses résultats. Beaucoup de cas qu'on regardait comme de simples métrites ou de métro-péritonites puerpérales, ne sont autre chose que des exemples d'une affection générale dont les lésions de l'utérus et du péritoine voisin font partie.

Cependant il est des cas, et assez nombreux, où toute la maladie est concentrée dans la phlegmasie de l'utérus, et ces cas méritent d'être étudiés particulièrement.

Chomel (2) propose de diviser cette affection en *métrite puerpérale proprement dite*, c'est-à-dire celle qui survient immédiatement après la parturition, et en *métrite post-puerpérale*, qui ne se manifeste que quelques jours après. Mais en examinant attentivement les faits, on voit que cette division n'est pas, d'après ce que nous venons de dire, aussi importante qu'elle le paraît au premier abord. Chomel, en effet, convient que les cas de métrite puerpérale proprement dite ont une physionomie toute particulière et se présentent rarement à l'état de simplicité. Or ce sont précisément ces cas dans lesquels il y a un état général qui constitue ce que l'on appelle la *fièvre puerpérale*, et dans lequel la métrite est loin de jouer le premier rôle. On trouve, dans ces cas, le tissu de l'utérus ramolli, gangrené, suppuré dans plusieurs points; le pus se montre dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais le péritoine est affecté ainsi que plusieurs autres organes, et la fièvre peut se produire dans toute son intensité avec l'une ou l'autre de ces lésions et parfois même en leur absence, ce qui prouve qu'elles ne sont pas essentielles.

Pour nous, la métrite puerpérale est précisément celle que Chomel appelle *métrite post-puerpérale*, et dans ce cas seul on peut se servir avec exactitude du nom de métrite, car c'est l'inflammation de l'utérus qui constitue toute la maladie. M. le docteur Willemin (3) a partagé cette manière de voir. Cette explication était nécessaire pour éviter toute confusion, et maintenant on comprendra bien quelles sont les limites que nous assignons à la métrite des femmes en couches.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre, par le nom de *métrite puerpérale*, une affection caractérisée par l'inflammation de l'utérus, qui quelquefois se propage à un organe voisin, sans

(1) *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des cliniques pendant l'année* 1838 (*Journal des conn. méd.-chir.*, 1840).

(2) *Dict. de médecine*, t. XXX, p. 228.

(3) *Archives générales de médecine*, 4ᵉ série, 1847, t. XV.

[redacted]

'utérus. Mais dans quelques cas, et surtout dans ceux qui se produisent ., l'engorgement est assez marqué pour que le fond de l'utérus s'élève les pubis et puisse être facilement saisi. La *percussion* fait alors recon- on mat à convexité supérieure, et s'étendant à droite et à gauche de la he, sans atteindre les fosses iliaques. On parvient d'ailleurs facilement à e le véritable volume de l'organe en *combinant le palper hypogastrique cher vaginal*, procédé d'exploration qu'il ne faut jamais négliger.

ues auteurs ont admis l'existence de phénomènes réellement fébriles mples congestions sanguines de l'utérus, c'est qu'ils n'ont pas suffisam- gué la métrite de la congestion. Les seuls *symptômes généraux* qui ap- t à cette dernière sont un malaise général, d'autant plus prononcé que le douleur sont plus vifs; une agitation et une anxiété plus ou moins

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

estion sanguine de l'utérus a ordinairement une marche aiguë, c'est-à- es symptômes atteignent rapidement leur summum d'intensité. Dans cas, néanmoins, les phénomènes suivent une marche lente, et la ma- ensuite stationnaire pendant un temps variable. Un de ses principaux est de présenter des *accès* douloureux, qu'on nomme vulgairement *coli- nes.*

e de la congestion utérine est ordinairement courte et ne dépasse pas tre ou cinq jours; elle est surtout courte lorsque l'engorgement sanguin ruption des règles; car presque toujours l'issue du sang fait cesser tous its, comme nous l'avons vu à l'article *Dysménorrhée.* En pareil cas elle s dépasser une ou deux heures; mais, dans quelques cas où la conges- nt hors des époques menstruelles, et où elle n'est pas suivie d'hémor- la voit se prolonger pendant plusieurs semaines, surtout si on ne lui un traitement convenable et si la malade ne garde pas le repos néces-

inaison est heureuse, soit que la congestion se termine par une hémor- itanée, soit que l'intervention de l'art soit nécessaire. Néanmoins si un convenable n'est pas employé, si la malade fait des excès et ne garde pas ne congestion durant depuis longtemps peut se terminer par une véri- nmation, ou par une *hématocèle péri-utérine.*

§ V. — Lésions anatomiques.

rations que l'on a trouvées après la mort, dans les cas où des femmes congestion utérine ont succombé à une autre affection, consistent uni- n un gonflement plus ou moins considérable de l'utérus avec distension ux par le sang. A la coupe du tissu utérin, il s'écoule une grande quan- iquide, et le tissu reste ensuite avec sa consistance normale.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

gnostic sera mieux placé après la description de la *métrite* simple aiguë, *tion avec laquelle on puisse confondre* la congestion utérine. Les princi-

[redacted]

Il arrive quelquefois que le *placenta ne peut pas être extrait en entier*, qu'il en séjourne des fragments plus ou moins considérables dans l'utérus, que ces fragments s'y putréfient, et l'on a vu une métrite être la conséquence de cette espèce de rétention.

Enfin nous citerons comme des causes dont on a rapporté des exemples, la présence de *caillots* plus ou moins volumineux dans l'utérus ; l'*exposition au froid*, le *coït* exercé avant que l'utérus ait repris son état normal.

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la métrite dont il s'agit dans cet article ne diffèrent réellement de ceux de la métrite simple aiguë que par leur plus grande intensité.

Début. — Il est rare que cette affection débute avant le quatrième ou le cinquième jour des couches, et après le vingtième ou le vingt-cinquième. C'est ordinairement du dixième au quinzième jour qu'on la voit apparaître. Cependant M. Willemin (1) a vu des cas où la maladie est survenue quelques heures après l'accouchement, et, dans quelques-uns, la maladie a paru dépendre d'une irritation de l'utérus pendant la parturition. Nous avons fait la même observation. Les cas dans lesquels il existe un frisson initial sont tout à fait exceptionnels, ce qui rapproche beaucoup cette affection des phlegmasies simples. Les femmes, immédiatement ou quelques jours après leur fièvre de lait, commencent à sentir dans l'hypogastre des douleurs fugitives semblables à celles qu'on nomme *coliques utérines*, et qui existent peu de temps après l'accouchement; aussi s'effrayent-elles très peu. Mais bientôt la douleur devient permanente, la fièvre s'allume, et la maladie est déclarée.

Symptômes. — Les phénomènes les plus remarquables sont, sans contredit, la douleur hypogastrique et le gonflement de l'utérus.

La *douleur* est continue, avec un sentiment de *tension* et de *pesanteur* dans le bassin. Il y a par moments des *exacerbations*, mais beaucoup moins marquées que dans certaines congestions sanguines ou dans certaines hystéralgies.

La douleur reste ordinairement circonscrite dans l'hypogastre et le bassin ; cependant quelquefois elle se propage aux flancs et aux lombes, et même jusque dans les cuisses, ce que nous avons également constaté dans la métrite simple.

La *pression* exercée sur l'hypogastre, ainsi que la percussion, exaspère considérablement cette douleur. Lorsque la maladie est dans toute son intensité, on peut à peine presser légèrement sans arracher des plaintes à la malade. Le *toucher vaginal* fait constater également une sensibilité exagérée du col de l'organe.

L'*augmentation de volume* de l'utérus est telle qu'une *palpation* légère fait facilement reconnaître le corps de cet organe, globuleux et s'élevant jusqu'à un, deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et même quelquefois jusqu'à l'ombilic. La *tumeur* qui en résulte est ordinairement très arrondie, sans inégalité, ferme et résistante. Par la *percussion* légèrement exercée autour d'elle, on trace ses limites en constatant les points où finit le son intestinal et où commence le *son mat* qu'elle produit. Ce moyen d'exploration démontre en même temps que les fosses iliaques sont sonores, ce qui sert à établir que la tumeur appartient réellement à

(1) *Loc. cit.*

[redacted]

dont le pouls a peu de résistance. M. Duparcque emploie l'ammoniaque de l
manière suivante :

℞ Ammoniaque liquide..... 48 gouttes. | Sirop de sucre.............. 60 gram.

Mêlez. A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café, dans une petite tass
d'infusion de feuilles d'oranger.

Le docteur Mesnier prescrit l'*acétate d'ammoniaque* à la dose de quatre à sep gouttes répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et données soi dans une infusion quelconque, soit simplement dans un peu d'eau sucrée.

D'autres excitants ont été prescrits dans les mêmes circonstances ; mais il n'e est aucun qu'il soit plus important de citer que le *seigle ergoté*, à cause de so action spéciale. Les docteurs Pagrani et Pignucia (1) ont rapporté plusieurs obser vations dans lesquelles l'ergot de seigle a eu les plus heureux effets aux dose suivantes :

℞ Ergot de seigle........... 4 gram.

Divisez en huit paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une cuillerée d'eau sucrée.

Quelques sangsues, l'entretien de la liberté du ventre à l'aide de légers purgatifs, la diète, le repos, ont complété le traitement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, bains, opium, repos ; régime ; aconit, antispasmodiques excitants diffusibles, ammoniaque, acétate d'ammoniaque ; ergot de seigle.

ARTICLE V.

DE LA MÉTRITE EN GÉNÉRAL.

[La métrite, ou inflammation de l'utérus, présente un si grand nombre de va riétés, qu'il est impossible d'en tracer une description d'ensemble ou générale. O ne pourrait donner que les caractères communs aux différentes formes, et l'o s'exposerait au tort grave de présenter un *type* qui n'existe réellement pas. Il vau mieux accepter les faits tels qu'ils se présentent, et les exposer dans autant d'article séparés, et c'est ce que nous allons faire.

Nous ferons remarquer d'abord que l'inflammation de la matrice qui succède l'*accouchement* est une espèce absolument à part, et qui ne peut, à aucun titre être confondue avec les autres. Nous la décrirons d'abord sous le nom de *métrit puerpérale*.

Procédant ensuite à la séparation des espèces qui se montrent dans l'état de *va cuité* des organes, nous distinguerons les métrites *partielles* de la métrite *générale* Appuyé sur cette donnée anatomique et marchant en quelque sorte du connu l'inconnu, nous décrirons successivement : la *métrite externe ou du col utérin* qui comprend l'histoire des *érosions*, *granulations*, etc. ; la *métrite interne* ou d la *muqueuse intra-utérine*, ou *catarrhe utérin*, à laquelle se rattachent les fon

(1) *Annali universali di medicina.*

[redacted]

sités intra-utérines; enfin la *métrite parenchymateuse* et les *engorgements chroniques de l'utérus.*

Dans cette division, nous n'avons eu nullement égard à l'état d'acuité ou de chronicité, car si quelques espèces peuvent se présenter sous les divers aspects, d'autres n'ont absolument que le second.]

ARTICLE VI.

MÉTRITE PUERPÉRALE.

Les observations prises par M. Voillemier (1) pendant une épidémie de *fièvre puerpérale* qui a régné à la clinique de la Faculté de médecine ont contribué à nous éclairer sur ce sujet, et depuis, plusieurs autres travaux sont venus confirmer ses résultats. Beaucoup de cas qu'on regardait comme de simples métrites ou des métro-péritonites puerpérales, ne sont autre chose que des exemples d'une affection générale dont les lésions de l'utérus et du péritoine voisin font partie.

Cependant il est des cas, et assez nombreux, où toute la maladie est concentrée dans la phlegmasie de l'utérus, et ces cas méritent d'être étudiés particulièrement.

Chomel (2) propose de diviser cette affection en *métrite puerpérale proprement dite*, c'est-à-dire celle qui survient immédiatement après la parturition, et en *métrite post-puerpérale*, qui ne se manifeste que quelques jours après. Mais en examinant attentivement les faits, on voit que cette division n'est pas, d'après ce que nous venons de dire, aussi importante qu'elle le paraît au premier abord. Chomel, en effet, convient que les cas de métrite puerpérale proprement dite ont une physionomie toute particulière et se présentent rarement à l'état de simplicité. Or ce sont précisément ces cas dans lesquels il y a un état général qui constitue ce que l'on appelle la *fièvre puerpérale*, et dans lequel la métrite est loin de jouer le premier rôle. On trouve, dans ces cas, le tissu de l'utérus ramolli, gangrené, suppuré dans plusieurs points; le pus se montre dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais le péritoine est affecté ainsi que plusieurs autres organes, et la fièvre peut se produire dans toute son intensité avec l'une ou l'autre de ces lésions, et parfois même en leur absence, ce qui prouve qu'elles ne sont pas essentielles.

Pour nous, la métrite puerpérale est précisément celle que Chomel appelle *métrite post-puerpérale*, et dans ce cas seul on peut se servir avec exactitude du nom de métrite, car c'est l'inflammation de l'utérus qui constitue toute la maladie. M. le docteur Willemin (3) a partagé cette manière de voir. Cette explication était nécessaire pour éviter toute confusion, et maintenant on comprendra bien quelles sont les limites que nous assignons à la métrite des femmes en couches.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre, par le nom de *métrite puerpérale*, une affection caractérisée par l'inflammation de l'utérus, qui quelquefois se propage à un organe voisin, sans

(1) *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des cliniques pendant l'année* 1838 (*Journal des conn. méd.-chir.*, 1840).

(2) *Dict. de médecine*, t. XXX, p. 228.

(3) *Archives générales de médecine*, 4e série, 1847, t. XV.

fois, en le pressant entre les doigts, on le réduit à une consistance pulpeuse. Il n'est pas rare, néanmoins, de trouver le tissu pâle et conservant une assez grande cohésion; mais il faut, dans ces cas, prendre garde de confondre la métrite avec la fièvre puerpérale, dont la distinction est si importante.

On a trouvé dans l'intérieur de la matrice des fragments de placenta décomposés, des caillots plus ou moins organisés. Quant aux foyers purulents, à la gangrène de la surface interne de l'utérus, aux gangrènes partielles de ses parois, nous avons vu plus haut que presque toujours elles se montrent dans des cas de fièvre puerpérale.

La métrite puerpérale ne diffère de la métrite simple que par la violence de ses symptômes et la profondeur ainsi que la plus grande étendue de ses lésions.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne saurait confondre avec aucune autre maladie une métrite survenant quelques jours après l'accouchement, commençant par des douleurs fixes dans l'hypogastre, s'accompagnant promptement d'un gonflement de l'utérus, qui est facilement apprécié par la palpation, à l'aide de laquelle on contaste en même temps une vive sensibilité à la pression. La tumeur, formée par la *vessie distendue*, ressemble à celle que produit le gonflement inflammatoire de l'utérus, mais elle est moins dure, moins douloureuse, et le cathétérisme, s'il en était besoin, lèverait tous les doutes.

Lorsque la maladie survient presque immédiatement après l'accouchement, ce qu'on observe quelquefois, et surtout lorsque le mouvement fébrile précède les symptômes locaux ou se montre avec quelque intensité dès leur début, on peut craindre l'invasion d'une *fièvre puerpérale ;* mais la marche de la maladie, et sa circonscription évidente au bout de peu de temps dans la matrice, viennent fixer le diagnostic.

§ VII. — Traitement.

Nous avons vu constamment cette métrite céder en cinq, six ou huit jours au *traitement antiphlogistique* et à l'emploi de l'*opium* à dose modérée.

On pratique une ou plusieurs *saignées générales*, en ayant égard à la force des malades et aussi aux pertes de sang qu'elles ont pu déjà éprouver, car cette métrite peut se développer chez des femmes déjà rendues presque exsangues par des hémorrhagies durant l'accouchement. Puis on applique quinze, vingt ou vingt-cinq *sangsues* à plusieurs reprises, s'il est nécessaire. Le point sur lequel se fait ordinairement cette application est l'hypogastre. Parfois, après que les symptômes graves se sont dissipés, il reste encore un gonflement douloureux de l'utérus qui peut persister pendant plusieurs jours. Dans deux cas, nous avons vu, après deux ou trois jours d'attente, pendant lesquels l'amélioration de l'état local semblait s'être arrêtée, une dernière application de sangsues faire disparaître la douleur du jour au lendemain, et dès ce moment l'utérus rentrer rapidement dans le bassin. Les *ventouses* scarifiées pourraient remplacer les sangsues; mais lorsque le mal est à son summum, leur application ne peut pas être supportée.

Cinq ou *six* centigrammes d'*opium* chaque jour suffisent pour procurer aux malades des nuits plus calmes et pour *apaiser les douleurs*. Les *vésicatoires volants*

[redacted]

Il arrive quelquefois que le *placenta ne peut pas être extrait en entier*, qu'il en séjourne des fragments plus ou moins considérables dans l'utérus, que ces fragments s'y putréfient, et l'on a vu une métrite être la conséquence de cette espèce de rétention.

Enfin nous citerons comme des causes dont on a rapporté des exemples, la présence de *caillots* plus ou moins volumineux dans l'utérus ; l'*exposition au froid*, le *coït* exercé avant que l'utérus ait repris son état normal.

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la métrite dont il s'agit dans cet article ne diffèrent réellement de ceux de la métrite simple aiguë que par leur plus grande intensité.

Début. — Il est rare que cette affection débute avant le quatrième ou le cinquième jour des couches, et après le vingtième ou le vingt-cinquième. C'est ordinairement du dixième au quinzième jour qu'on la voit apparaître. Cependant M. Willemin (1) a vu des cas où la maladie est survenue quelques heures après l'accouchement, et, dans quelques-uns, la maladie a paru dépendre d'une irritation de l'utérus pendant la parturition. Nous avons fait la même observation. Les cas dans lesquels il existe un frisson initial sont tout à fait exceptionnels, ce qui rapproche beaucoup cette affection des phlegmasies simples. Les femmes, immédiatement ou quelques jours après leur fièvre de lait, commencent à sentir dans l'hypogastre des douleurs fugitives semblables à celles qu'on nomme *coliques utérines* et qui existent peu de temps après l'accouchement ; aussi s'effrayent-elles très peu. Mais bientôt la douleur devient permanente, la fièvre s'allume, et la maladie est déclarée.

Symptômes. — Les phénomènes les plus remarquables sont, sans contredit, la douleur hypogastrique et le gonflement de l'utérus.

La *douleur* est continue, avec un sentiment de *tension* et de *pesanteur* dans le bassin. Il y a par moments des *exacerbations*, mais beaucoup moins marquées que dans certaines congestions sanguines ou dans certaines hystéralgies.

La douleur reste ordinairement circonscrite dans l'hypogastre et le bassin ; cependant quelquefois elle se propage aux flancs et aux lombes, et même jusque dans les cuisses, ce que nous avons également constaté dans la métrite simple.

La *pression* exercée sur l'hypogastre, ainsi que la percussion, exaspère considérablement cette douleur. Lorsque la maladie est dans toute son intensité, on peut à peine presser légèrement sans arracher des plaintes à la malade. Le *toucher vaginal* fait constater également une sensibilité exagérée du col de l'organe.

L'*augmentation de volume* de l'utérus est telle qu'une *palpation* légère fait facilement reconnaître le corps de cet organe, globuleux et s'élevant jusqu'à un deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et même quelquefois jusqu'à l'ombilic. La *tumeur* qui en résulte est ordinairement très arrondie, sans inégalité, ferme et résistante. Par la *percussion* légèrement exercée autour d'elle, on trace ses limites en constatant les points où finit le son intestinal et où commence le *son mat* qu'elle produit. Ce moyen d'exploration démontre en même temps que les fosses iliaques sont sonores, ce qui sert à établir que la tumeur appartient réellement à

(1) *Loc. cit.*

[redacted]

l'utérus tuméfié. Nous n'avons pas besoin de dire que cet examen doit être fait avec beaucoup de ménagement : l'extrême sensibilité de l'hypogastre l'exige.

L'introduction du doigt dans le vagin fait reconnaître l'*augmentation de volume du col*, qui est quelquefois telle, qu'on a de la peine à faire passer le doigt entre cette portion de l'organe et la paroi vaginale qui l'entoure.

M. Willemin a noté, comme un des symptômes locaux les plus importants, *le ralentissement du retrait de l'utérus avec induration partielle des parois de cet organe.*

On a dit que la métrite a pour résultat, d'une part de *supprimer la sécrétion du lait*, et de l'autre d'*arrêter le cours des lochies*. Le fait est loin d'être constant, du moins à toutes les époques de la maladie. Nous avons vu la sécrétion du lait continuer, quoique moins abondante; et quant aux lochies, nous nous sommes assuré que souvent on se laissait tromper par les réponses des femmes. Alors même qu'elles disaient leurs lochies supprimées, nous avons vu leur linge portant de larges taches qu'on ne pouvait attribuer qu'à cet écoulement. Ce n'est pas à dire que l'observation générale soit fausse : on a exagéré la valeur de ces symptômes. Si, à une époque rapprochée du début de la maladie, on voit les sécrétions se supprimer plus ou moins notablement, il est ordinaire de voir se reproduire les lochies lorsque les symptômes commencent à s'amender; il en est de même de la sécrétion laiteuse lorsque les femmes veulent allaiter.

Des *symptômes généraux*, ordinairement intenses, accompagnent les symptômes locaux qui viennent d'être indiqués. La *chaleur de la peau* s'élève notablement, et l'on observe une moiteur considérable, quelquefois des *sueurs* assez abondantes. Le *pouls* est large, plein, résistant et fréquent. Dans les cas que nous avons observés, il s'est élevé à 110, 120 et 130 pulsations au plus fort de la maladie. Les malades perdent complétement l'*appétit*; la *soif* est ordinairement assez vive. La *langue* est blanche, souvent humide, parfois pâteuse. Les symptômes fébriles augmentent la nuit, et l'on observe assez souvent de l'agitation et un peu d'insomnie.

Telle est la métrite puerpérale à son état de simplicité; s'il s'y joint une inflammation du péritoine voisin, des annexes de l'utérus, ou du tissu cellulaire des fosses iliaques, de nouveaux symptômes dus à ces complications viennent rendre l'état plus grave. Elles seront étudiées dans les articles consacrés à l'histoire de ces maladies, et ne présentent pas de caractères particuliers dans les cas dont nous parlons.

Gangrène. — Nous n'avons pas mentionné les suppurations plus ou moins étendues de la matrice, la *gangrène superficielle ou profonde de cet organe*, en un mot ces altérations qui font partie de la fièvre puerpérale. L'inflammation peut être assez intense pour donner lieu à ces suppurations ou à cette gangrène, mais ces cas sont extrêmement rares. Lorsqu'ils se présentent à l'observation, on reconnaît l'existence des lésions excessivement graves dont il s'agit, aux *frissons irréguliers* qui se produisent, à l'*abattement des forces*, à l'expression d'*anxiété de la face*, à la *décomposition des traits*, aux *sueurs froides*, au *ballonnement du ventre*, au *dévoiement*, et en même temps à l'exaspération du mouvement fébrile, à la *petitesse extrême du pouls* coïncidant avec *une augmentation notable de sa fréquence*. La *gangrène présente, en outre, comme* caractère particulier, l'aspect très sanie

[redacted]

§ II. — Causes.

On a dit que les granulations utérines se montrent principalement chez les *femmes qui ont eu des enfants;* mais les médecins qui s'occupent des maladies vénériennes savent combien il est fréqueut de rencontrer des granulations utérines chez des femmes qui se présentent pour une *vaginite*, alors même qu'elles n'ont jamais eu d'enfants; et, d'un autre côté, nous avons vu une forme de la *vaginite chronique* (1) donner lieu, par continuité de tissu, à de véritables granulations utérines. Ces faits démontrent que l'on aurait tort de croire, avec quelques auteurs, que les femmes qui ont eu des enfants sont seules sujettes à la maladie qui nous occupe. Le docteur Bennett (2) a démontré que l'inflammation simple, les érosions, les granulations, peuvent se rencontrer même *chez les vierges*, et par là s'expliquent ces leucorrhées interminables dont on ne pouvait pas se rendre compte.

On a dit que le *passage continuel de mucosités* plus ou moins altérées, leur séjour dans la partie supérieure du vagin, la malpropreté, peuvent produire les granulations utérines; mais: 1° dans beaucoup de cas, il ne sort de l'orifice du col qu'une matière albumineuse évidemment non irritante; 2° tout porte à croire que lorsqu'il y a un écoulement muco-purulent, c'est par la surface granulée elle-même qu'il est produit; 3° on voit beaucoup de femmes qui, avec une leucorrhée abondante qui irrite les parties génitales externes, ne présentent pas de granulations du col de l'utérus.

S'il est vrai, comme le pensent quelques médecins, et comme l'a avancé Timbart (3), que dans certaines circonstances, le catarrhe utérin aigu ou chronique est la cause de ces granulations, on ne saurait en faire une règle générale.

Nous trouvons ensuite l'indication de ces causes que nous avons vues mentionnées dans toutes les maladies de l'utérus; excès de coït, masturbation, injections irritantes, fatigues, etc.

[Le médecin praticien pourrait conclure de cette énumération si rapide des causes des érosions et des granulations de la métrite externe, que l'on ne sait réellement rien sur le chapitre de l'étiologie. Ce serait, à notre avis, une erreur dont la thérapeutique souffrirait.

On a malheureusement la fâcheuse habitude de chercher *localement* les causes des affections *locales*. Or, à notre sens, rien n'est moins rationnel. L'état général de l'économie, sa déviation fonctionnelle, sont, dans l'immense majorité des cas, le point de départ de telle ou telle affection bornée à un seul point du corps. C'est ce qui a lieu, en effet, dans les maladies cutanées; il n'est jamais venu à l'idée d'un seul médecin que l'éruption d'un eczéma, d'un herpès, fût toute la maladie; cette éruption n'est qu'une manifestation locale d'une cause diathésique variable, comme la scrofule, la diathèse herpétique, voire même rhumatismale. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la muqueuse du col de l'utérus? Ne peut-il pas s'y faire une localisation d'une diathèse herpétique ou de toute autre nature?

(1) Voyez *Vaginite granuleuse*.
(2) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*, traduit par le docteur Aran. Paris, 1850.
(3) *Des érosions et des granulations du col de l'utérus*, thèse. Paris, juillet 1849.

Cette hypothèse est d'autant plus admissible que plusieurs circonstances vien-
t se réunir pour rattacher cette lésion purement locale à une maladie générale.
si, certaines granulations du col de l'utérus s'accompagnent d'éruptions cuta-
s, d'un prurit violent, et se montrent dans des familles où les affections dar-
ses sont héréditaires; en faut-il davantage pour montrer le caractère essen-
lement herpétique de l'affection? Chez d'autres malades, il y a hypertrophie
comitante du col utérin, et, simultanément, des caractères de scrofules; la
re des granulations est assurément démontrée par l'hypertrophie, caractère si
lemment scrofuleux. Nous ne pousserons pas plus loin ces observations, mais
s engageons le lecteur à prendre connaissance du mémoire de M. le docteur
A. Tillot (1) sur ce sujet. Dans les vingt-sept observations qu'il cite il a toujours
vé soit la diathèse strumeuse, soit la diathèse tuberculeuse, mais moins sou-
t l'herpétisme. Les développements du travail de M. Tillot sont tellement im-
tants, qu'il nous est impossible d'en faire l'analyse; nous aurions voulu pouvoir
r tout son mémoire. Au reste, si MM. Nonat, Aran, Becquerel, Bennett sont,
si que leur maître, M. le professeur Velpeau, antagonistes des causes diathé-
es, l'opinion que nous soutenons est partagée par Chomel, MM. N. Guéneau
Mussy, Huguier, A. Robert, Fontan, Durand-Fardel, Gosselin, Duparcque,
ler Smith, Scanzoni, et surtout par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis,
. Bazin.]

§ III. — Symptômes.

Le *début* de cette affection est tout à fait insensible; c'est au point que lorsque
plupart des malades commencent à se plaindre, on découvre, par l'examen
rect, des granulations occupant déjà une grande étendue et évidemment fort
ciennes.

Lorsque la maladie est confirmée, les symptômes peuvent être encore très légers.
n assez bon nombre de malades n'éprouvent aucune douleur, aucune pesanteur
rs le bassin, si ce n'est un certain degré de *leucorrhée* qui détermine un état
néral de langueur et des troubles digestifs plus ou moins marqués.

La *douleur* n'est donc pas un caractère essentiel des granulations utérines. Lors-
'elle existe à un certain degré, on peut assez fréquemment constater qu'elle ne
pend des granulations que d'une manière indirecte. En effet, ces douleurs se font
tir vers les aines, vers les lombes, elles s'irradient plus ou moins loin; ce sont
s douleurs nerveuses que nous avons signalées dans la leucorrhée simple sans
anulations du col. Quelquefois, il est vrai, en portant le doigt sur le col de l'uté-
s, on détermine de la douleur, mais il faut encore prendre garde de se laisser
omper par les apparences. Cette douleur est souvent très limitée, elle ne corres-
nd pas aux granulations, et si l'on examine le trajet des nerfs lombaires, on
uve des points douloureux qui font connaître l'existence d'une névralgie à la-
elle participe l'utérus. Il est d'autres cas où la douleur occupe tout le col; mais
sont des cas où il existe une inflammation du parenchyme utérin.

Il y a un *écoulement* constant; mais la matière de cet écoulement n'est pas tou-
urs la même. Souvent on voit s'échapper du col de l'utérus comme un ruban de

(1) *Thèse*. Paris, 1860.

morphinés sont d'une grande utilité. On peut encore prescrire des *lavements laudanisés* à une faible température, et quelques médecins proposent d'employer des *suppositoires opiacés ;* mais rien ne prouve que cette manière d'administrer l'opium ait aucun avantage sur les autres.

Entretenir la liberté du ventre par des *laxatifs ;* appliquer des *cataplasmes émollients* ou des fomentations émollientes sur l'abdomen ; prescrire un repos absolu, commander une *diète* sévère les premiers jours, et n'accorder ensuite les aliments légers qu'avec prudence, tels sont les moyens qui complètent ce traitement.

Dans les cas où l'inflammation est plus profonde, où l'on a à redouter la suppuration de l'utérus ou de ses annexes et la gangrène superficielle ou profonde de l'organe, on doit insister fortement sur les mêmes moyens. Ces cas sont rares. Lorsque les abcès se sont formés, on a recours à un traitement qui sera exposé à l'occasion des *phlegmons du bassin et de la fosse iliaque* (1) ; et dans les cas où l'on a affaire à une gangrène, on emploie les *antiseptiques*, qui bien souvent sont sans effet.

Nous avons dit que dans quelques cas, malgré les moyens mis en usage, il reste un certain degré d'inflammation qui prend la forme chronique. On a alors recours aux *mercuriaux*, à l'*iode* et aux autres agents thérapeutiques indiqués à l'article *Métrite chronique* (2). Ils n'offrent, dans leur application, rien de particulier à la maladie qui nous occupe.

ARTICLE VII.

MÉTRITE EXTERNE OU DU COL DE L'UTÉRUS ; GRANULATIONS, ÉROSIONS, ULCÉRATIONS SIMPLES, ULCÈRES SYPHILITIQUES.

[L'utérus présente une disposition et des rapports dont aucun autre organe n'offre d'exemple : son corps est un viscère intérieur, profondément caché et appartenant à la sphère des organes péritonéaux ; son col, bien qu'abrité par le vagin, est une partie extérieure, et offre une surface de rapports, analogue à celles des parties tégumentaires ; le corps est revêtu de péritoine, le col d'une muqueuse qui a de l'analogie avec celle du vagin ; et, tandis que la première partie ne peut guère recevoir que des influences internes, la seconde est surtout exposée aux actions extérieures. Peut-être même pourrait-on dire que la circulation et l'innervation du col et du corps de l'utérus sont différentes ; il est certain, du moins, que, sous le rapport du développement, ces deux parties sont dans un véritable état d'antagonisme : ainsi, chez la petite fille, tandis que le col est dans un état de développement proportionné à celui des autres organes, le corps est rudimentaire ; chez la femme adulte, le corps l'emporte en volume sur le col, et chez la femme âgée, le col s'atrophie longtemps avant le corps. Il résulte de ces faits que le mode de vitalité de ces deux parties n'est pas semblable ; et l'on comprend facilement, dès lors, que chacune d'elles puisse être malade isolément. La distinction qui a été faite

(1) *Voyez* plus loin un article consacré à ces abcès.
(2) *Voyez plus loin.*

dont le pouls a peu de résistance. M. Duparcque emploie l'ammoni
manière suivante :

℞ Ammoniaque liquide..... 18 gouttes. | Sirop de sucre.............

Mêlez. A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café, dans u
d'infusion de feuilles d'oranger.

Le docteur Mesnier prescrit l'*acétate d'ammoniaque* à la dose de
gouttes répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et
dans une infusion quelconque, soit simplement dans un peu d'eau su

D'autres excitants ont été prescrits dans les mêmes circonstances ;
est aucun qu'il soit plus important de citer que le *seigle ergoté*, à
action spéciale. Les docteurs Pagrani et Pignucia (1) ont rapporté pl
vations dans lesquelles l'ergot de seigle a eu les plus heureux effe
suivantes :

℞ Ergot de seigle........... 4 gram.

Divisez en huit paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une cuillerée

Quelques sangsues, l'entretien de la liberté du ventre à l'aide de l
tifs, la diète, le repos, ont complété le traitement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, bains, opium, repos ; régime ; aconit, antisp
excitants diffusibles, ammoniaque, acétate d'ammoniaque ; ergot de s

ARTICLE V.

DE LA MÉTRITE EN GÉNÉRAL.

La métrite, ou inflammation de l'utérus, présente un si grand no
riétés, qu'il est impossible d'en tracer une description d'ensemble ou
ne pourrait donner que les caractères communs aux différentes fo
s'exposerait au tort grave de présenter un *type* qui n'existe réellemen
mieux accepter les faits tels qu'ils se présentent, et les exposer dans au
séparés, et c'est ce que nous allons faire.

Nous ferons remarquer d'abord que l'inflammation de la matrice
l'*accouchement* est une espèce absolument à part, et qui ne peut, à
être confondue avec les autres. Nous la décrirons d'abord sous le no
puerpérale.

Procédant ensuite à la séparation des espèces qui se montrent dans
rité des organes, nous distinguerons les métrites *partielles* de la mét
Appuyé sur cette donnée anatomique et marchant en quelque sort
l'inconnu, nous décrirons successivement : la *métrite externe ou d*
qui comprend l'histoire des *érosions*, *granulations*, etc. ; la *métrite*
la *muqueuse intra-utérine*, ou *catarrhe utérin*, à laquelle se rattach

(1) *Annali universali di medicina.*

[redacted]

§ II. — Causes.

On a dit que les granulations utérines se montrent principalement chez les *femmes qui ont eu des enfants;* mais les médecins qui s'occupent des maladies vénériennes savent combien il est fréquent de rencontrer des granulations utérines chez des femmes qui se présentent pour une *vaginite*, alors même qu'elles n'ont jamais eu d'enfants; et, d'un autre côté, nous avons vu une forme de la *vaginite chronique* (1) donner lieu, par continuité de tissu, à de véritables granulations utérines. Ces faits démontrent que l'on aurait tort de croire, avec quelques auteurs que les femmes qui ont eu des enfants sont seules sujettes à la maladie qui nous occupe. Le docteur Bennett (2) a démontré que l'inflammation simple, les érosions les granulations, peuvent se rencontrer même *chez les vierges*, et par là s'expliquent ces leucorrhées interminables dont on ne pouvait pas se rendre compte.

On a dit que le *passage continuel de mucosités* plus ou moins altérées, leur séjour dans la partie supérieure du vagin, la malpropreté, peuvent produire les granulations utérines; mais: 1° dans beaucoup de cas, il ne sort de l'orifice du col qu'une matière albumineuse évidemment non irritante; 2° tout porte à croire que lorsqu'il y a un écoulement muco-purulent, c'est par la surface granulée elle-même qu'il est produit; 3° on voit beaucoup de femmes qui, avec une leucorrhée abondante qui irrite les parties génitales externes, ne présentent pas de granulations du col de l'utérus.

S'il est vrai, comme le pensent quelques médecins, et comme l'a avancé Timbart (3), que dans certaines circonstances, le catarrhe utérin aigu ou chronique est la cause de ces granulations, on ne saurait en faire une règle générale.

Nous trouvons ensuite l'indication de ces causes que nous avons vues mentionnées dans toutes les maladies de l'utérus; excès de coït, masturbation, injections irritantes, fatigues, etc.

[Le médecin praticien pourrait conclure de cette énumération si rapide des causes des érosions et des granulations de la métrite externe, que l'on ne sait réellement rien sur le chapitre de l'étiologie. Ce serait, à notre avis, une erreur dont la thérapeutique souffrirait.

On a malheureusement la fâcheuse habitude de chercher *localement* les causes des affections *locales*. Or, à notre sens, rien n'est moins rationnel. L'état général de l'économie, sa déviation fonctionnelle, sont, dans l'immense majorité des cas, le point de départ de telle ou telle affection bornée à un seul point du corps. C'est ce qui a lieu, en effet, dans les maladies cutanées; il n'est jamais venu à l'idée d'un seul médecin que l'éruption d'un eczéma, d'un herpès, fût toute la maladie; cette éruption n'est qu'une manifestation locale d'une cause diathésique variable, comme la scrofule, la diathèse herpétique, voire même rhumatismale. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la muqueuse du col de l'utérus ? Ne peut-il pas s'y faire une localisation d'une diathèse herpétique ou de toute autre nature ?

(1) Voyez *Vaginite granuleuse*.

(2) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*, traduit par le docteur Aran. Paris, 1850.

(3) *Des érosions et des granulations du col de l'utérus*, thèse. Paris, juillet 1849.

[redacted]

Cette hypothèse est d'autant plus admissible que plusieurs circonstances viennent se réunir pour rattacher cette lésion purement locale à une maladie générale. Ainsi, certaines granulations du col de l'utérus s'accompagnent d'éruptions cutanées, d'un prurit violent, et se montrent dans des familles où les affections dartreuses sont héréditaires; en faut-il davantage pour montrer le caractère essentiellement herpétique de l'affection? Chez d'autres malades, il y a hypertrophie concomitante du col utérin, et, simultanément, des caractères de scrofules; la nature des granulations est assurément démontrée par l'hypertrophie, caractère si évidemment scrofuleux. Nous ne pousserons pas plus loin ces observations, mais nous engageons le lecteur à prendre connaissance du mémoire de M. le docteur L.-A. Tillot (1) sur ce sujet. Dans les vingt-sept observations qu'il cite il a toujours trouvé soit la diathèse strumeuse, soit la diathèse tuberculeuse, mais moins souvent l'herpétisme. Les développements du travail de M. Tillot sont tellement importants, qu'il nous est impossible d'en faire l'analyse; nous aurions voulu pouvoir citer tout son mémoire. Au reste, si MM. Nonat, Aran, Becquerel, Bennett sont, ainsi que leur maître, M. le professeur Velpeau, antagonistes des causes diathésiques, l'opinion que nous soutenons est partagée par Chomel, MM. N. Guéneau de Mussy, Huguier, A. Robert, Fontan, Durand-Fardel, Gosselin, Duparcque, Tyler Smith, Scanzoni, et surtout par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Bazin.]

§ III. — Symptômes.

Le *début* de cette affection est tout à fait insensible; c'est au point que lorsque la plupart des malades commencent à se plaindre, on découvre, par l'examen direct, des granulations occupant déjà une grande étendue et évidemment fort anciennes.

Lorsque la maladie est confirmée, les symptômes peuvent être encore très légers. Un assez bon nombre de malades n'éprouvent aucune douleur, aucune pesanteur vers le bassin, si ce n'est un certain degré de *leucorrhée* qui détermine un état général de langueur et des troubles digestifs plus ou moins marqués.

La *douleur* n'est donc pas un caractère essentiel des granulations utérines. Lorsqu'elle existe à un certain degré, on peut assez fréquemment constater qu'elle ne dépend des granulations que d'une manière indirecte. En effet, ces douleurs se font sentir vers les aines, vers les lombes, elles s'irradient plus ou moins loin; ce sont les douleurs nerveuses que nous avons signalées dans la leucorrhée simple sans granulations du col. Quelquefois, il est vrai, en portant le doigt sur le col de l'utérus, on détermine de la douleur, mais il faut encore prendre garde de se laisser tromper par les apparences. Cette douleur est souvent très limitée, elle ne correspond pas aux granulations, et si l'on examine le trajet des nerfs lombaires, on trouve des points douloureux qui font connaître l'existence d'une névralgie à laquelle participe l'utérus. Il est d'autres cas où la douleur occupe tout le col; mais ce sont des cas où il existe une inflammation du parenchyme utérin.

Il y a un *écoulement* constant; mais la matière de cet écoulement n'est pas toujours la même. Souvent on voit s'échapper du col de l'utérus comme un ruban de

(1) *Thèse. Paris, 1860.*

matière transparente, visqueuse, semblable à du blanc d'œuf cru, qu'on a plus ou moins de peine à détacher. Dans d'autres circonstances, cette matière présente un aspect louche, sans perdre sa viscosité et sa ténacité, et dans d'autres enfin, elle est blanche, plus fluide, et s'écoule dans le vagin dans lequel elle s'étale sans former masse. L'abondance de cette matière est du reste très variable ; elle est telle chez certaines femmes, même alors qu'il ne s'écoule qu'un liquide albumineux, que les parties génitales externes, et même les cuisses, peuvent en être baignées.

Doit-on regarder la matière albumineuse qui s'écoule ainsi comme une sécrétion morbide de la surface granulée? C'est ce que n'hésite pas à dire Chomel. Mais quand on examine attentivement les faits, on n'ose pas se prononcer aussi affirmativement. A qui n'est-il pas arrivé de voir s'échapper de l'utérus cette matière albumineuse en assez grande abondance, alors même qu'il n'existe pas de granulations du col de la matrice? C'est un fait que nous avons constaté en exposant l'histoire de la *leucorrhée* (1). Cette sécrétion n'appartient donc pas en propre aux granulations. La présence des granulations à l'orifice du col détermine une excitation dans les parties environnantes, d'où résulte cette sécrétion de matière albumineuse, qu'on doit regarder comme une exagération de la sécrétion normale. L'écoulement muco-purulent paraît plutôt pouvoir être rapporté aux surfaces granulées, et l'on peut concevoir que le flux albumineux venant du col de l'utérus masque seulement, dans un grand nombre de cas, cette sécrétion muco-purulente.

Le *toucher* n'apprend rien de bien positif sur l'état du col de l'utérus. Lorsque les granulations sont très saillantes, on peut sentir les petites inégalités qu'elles produisent sur la surface du col utérin, et pour que cette sensation soit bien nette, on doit promener son doigt sur toute l'étendue de cette partie de l'organe, de manière à juger par comparaison entre la partie lisse et la partie légèrement rugueuse; mais cette exploration ne suffit pas, il faut avoir recours au spéculum. Le toucher peut en outre servir à constater s'il existe ou non une complication consistant en un engorgement de l'utérus.

L'*examen à l'aide du spéculum* est indispensable; il fait seul parfaitement reconnaître la nature du mal et son étendue. Après avoir introduit cet instrument, on voit à l'orifice utérin, et dans une étendue variable d'une des lèvres du col ou des deux à la fois, une plaque granulée qui présente l'aspect suivant.

La *forme* de la plaque est plus ou moins parfaitement arrondie. En écartant les lèvres du col avec les valves du spéculum, on peut s'assurer qu'elle a son origine dans les bords même de l'orifice et qu'elle pénètre plus ou moins profondément dans la cavité. Parfois elle entoure l'orifice comme un anneau plus ou moins large; quelquefois elle est beaucoup plus étendue sur une lèvre ou sur un des côtés que dans les autres points; parfois aussi, mais plus rarement, elle n'occupe qu'une seule lèvre. Il est rare que les granulations forment plusieurs plaques séparées; cependant il y a des variétés très nombreuses. On voit, dans certains cas, une très grande étendue du col envahie par ces granulations agglomérées.

La *couleur* de ces plaques granulées est variable; toutefois il est ordinaire de les trouver d'un rouge obscur très prononcé. Dans certains cas, elles sont rosées, d'un

(1) *Voyez article Leucorrhée.*

tuméfié. Nous n'avons pas besoin de dire que cet examen doit être fait
ucoup de ménagement : l'extrême sensibilité de l'hypogastre l'exige.
duction du doigt dans le vagin fait reconnaître l'*augmentation de volume*
ui est quelquefois telle, qu'on a de la peine à faire passer le doigt entre
tion de l'organe et la paroi vaginale qui l'entoure.
illemin a noté, comme un des symptômes locaux les plus importants, *le*
ment du retrait de l'utérus avec induration partielle des parois de cet

lit que la métrite a pour résultat, d'une part de *supprimer la sécrétion*
t de l'autre d'*arrêter le cours des lochies*. Le fait est loin d'être constant,
s à toutes les époques de la maladie. Nous avons vu la sécrétion du lait
, quoique moins abondante; et quant aux lochies, nous nous sommes
e souvent on se laissait tromper par les réponses des femmes. Alors même
isaient leurs lochies supprimées, nous avons vu leur linge portant de larges
'on ne pouvait attribuer qu'à cet écoulement. Ce n'est pas à dire que
ion générale soit fausse : on a exagéré la valeur de ces symptômes. Si, à
ue rapprochée du début de la maladie, on voit les sécrétions se supprimer
oins notablement, il est ordinaire de voir se reproduire les lochies lorsque
ômes commencent à s'amender; il en est de même de la sécrétion laiteuse
es femmes veulent allaiter.
mptômes généraux, ordinairement intenses, accompagnent les symptômes
ui viennent d'être indiqués. La *chaleur de la peau* s'élève notablement, et
rve une moiteur considérable, quelquefois des *sueurs* assez abondantes.
s est large, plein, résistant et fréquent. Dans les cas que nous avons
, il s'est élevé à 110, 120 et 130 pulsations au plus fort de la mala-
malades perdent complétement l'*appétit*; la *soif* est ordinairement assez
langue est blanche, souvent humide, parfois pâteuse. Les symptômes
ugmentent la nuit, et l'on observe assez souvent de l'agitation et un peu
ie.
est la métrite puerpérale à son état de simplicité; s'il s'y joint une inflam-
u péritoine voisin, des annexes de l'utérus, ou du tissu cellulaire des fosses
de nouveaux symptômes dus à ces complications viennent rendre l'état
e. Elles seront étudiées dans les articles consacrés à l'histoire de ces ma-
t ne présentent pas de caractères particuliers dans les cas dont nous

ène. — Nous n'avons pas mentionné les suppurations plus ou moins éten-
la matrice, la *gangrène superficielle ou profonde de cet organe*, en un mot
ations qui font partie de la fièvre puerpérale. L'inflammation peut être
ense pour donner lieu à ces suppurations ou à cette gangrène, mais ces
extrêmement rares. Lorsqu'ils se présentent à l'observation, on reconnaît
ce des lésions excessivement graves dont il s'agit, aux *frissons irréguliers*
roduisent, à l'*abattement des forces*, à l'expression d'*anxiété de la face*,
mposition des traits, aux *sueurs froides*, au *ballonnement du ventre*, au
ent, et en même temps à l'exaspération du mouvement fébrile, à la *peti-*
trême du pouls coïncidant avec une *augmentation notable de sa fréquence*.
rène présente, en outre, comme caractère particulier, l'aspect très sanieux

[redacted]

des lochies, et l'odeur *sui generis* qu'elles exhalent. La mort survient pr
toujours dans les cas de ce genre, qui méritent de nouveau d'être étudiés, af
s'assurer qu'ils consistent uniquement dans la phlegmasie de l'utérus, et qu'i
doivent pas être rattachés à la *fièvre puerpérale* (1).

Il n'est pas rare de voir un *abcès de la fosse iliaque* se produire dans le
de la métrite puerpérale. M. Villemin en a cité des exemples, et il n'est pas d
decin qui s'occupe des affections puerpérales qui n'en ait vu de semblables.
alors une complication importante.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue. Nous avons indiqué les exaspérati
la douleur qui ont lieu par moments; mais ces espèces de coliques utéri
changent rien à cette marche. Dans quelques cas, on a vu des exacerbatio
marquées qu'on pouvait rapporter à des imprudences (fatigues, écarts de ré
de la part des malades; mais, le plus souvent, lorsque ces exacerbations se mo
d'une manière très tranchée, c'est qu'il survient une complication qui c
ordinairement dans la suppuration d'une des annexes de l'utérus. Les exacer
ne doivent donc pas être regardées comme appartenant à la métrite elle-mêm

La *durée* de la métrite puerpérale simple est peu considérable dans la très
majorité des cas; dans tous ceux que nous avons observés, les symptôm
commencé à s'amender au bout de quatre ou cinq jours; et l'amélioration a n
ensuite avec la plus grande rapidité. Lorsque l'affection est de longue duré
presque toujours parce qu'il est survenu une complication, ou que les mala
commis les imprudences déjà signalées.

C'est surtout quand il s'agit de la *terminaison* de la maladie qu'il faut avoi
à la distinction établie. Autant, en effet, la métrite liée à la fièvre puerpé
grave et fréquemment mortelle, autant celle dont nous nous occupons ici
mine facilement par la guérison. M. Rayer (2) a vu l'utérus rester volu
pendant un ou deux mois, chez les femmes atteintes de métrite. Les cas de c
sont rares; ils indiquent que la *métrite est devenue chronique*, ce que l'on
naît d'ailleurs à l'existence d'autres symptômes d'inflammation. Dès que ce
ptômes se sont dissipés, l'utérus rentre rapidement dans la cavité du bassin,
commence à avoir lieu, dans la très grande majorité de ces cas, immédia
après la cessation ou la diminution des symptômes aigus.

Il n'est pas impossible que la maladie se termine par la mort; mais a
trouve presque toujours, à l'autopsie, des complications graves (abcès, péri
qui viennent rendre compte de cette terminaison funeste.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques propres à la métrite dont nous nous occupons
tent dans une augmentation de volume ordinairement très considérable de l'
dans la rougeur, la friabilité, la mollesse parfois extrême de son tissu. Qu

(1) Tome Ier.
(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mai 1846.

lie, en le pressant entre les doigts, on le réduit à une consistance pulpeuse. Il n'est pas rare, néanmoins, de trouver le tissu pâle et conservant une assez grande cohésion; mais il faut, dans ces cas, prendre garde de confondre la métrite avec la fièvre puerpérale, dont la distinction est si importante.

On a trouvé dans l'intérieur de la matrice des fragments de placenta décomposés, des caillots plus ou moins organisés. Quant aux foyers purulents, à la gangrène de la surface interne de l'utérus, aux gangrènes partielles de ses parois, nous avons vu plus haut que presque toujours elles se montrent dans des cas de fièvre puerpérale.

La métrite puerpérale ne diffère de la métrite simple que par la violence de ses symptômes et la profondeur ainsi que la plus grande étendue de ses lésions.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne saurait confondre avec aucune autre maladie une métrite survenant quelques jours après l'accouchement, commençant par des douleurs fixes dans l'hypogastre, s'accompagnant promptement d'un gonflement de l'utérus, qui est facilement apprécié par la palpation, à l'aide de laquelle on contaste en même temps une vive sensibilité à la pression. La tumeur, formée par la *vessie distendue*, ressemble à celle que produit le gonflement inflammatoire de l'utérus, mais elle est moins dure, moins douloureuse, et le cathétérisme, s'il en était besoin, lèverait tous les doutes.

Lorsque la maladie survient presque immédiatement après l'accouchement, ce qu'on observe quelquefois, et surtout lorsque le mouvement fébrile précède les symptômes locaux ou se montre avec quelque intensité dès leur début, on peut craindre l'invasion d'une *fièvre puerpérale ;* mais la marche de la maladie, et sa circonscription évidente au bout de peu de temps dans la matrice, viennent fixer le diagnostic.

§ VII. — Traitement.

Nous avons vu constamment cette métrite céder en cinq, six ou huit jours au *traitement antiphlogistique* et à l'emploi de l'*opium* à dose modérée.

On pratique une ou plusieurs *saignées générales*, en ayant égard à la force des malades et aussi aux pertes de sang qu'elles ont pu déjà éprouver, car cette métrite peut se développer chez des femmes déjà rendues presque exsangues par des hémorrhagies durant l'accouchement. Puis on applique quinze, vingt ou vingt-cinq *sangsues* à plusieurs reprises, s'il est nécessaire. Le point sur lequel se fait ordinairement cette application est l'hypogastre. Parfois, après que les symptômes graves se sont dissipés, il reste encore un gonflement douloureux de l'utérus qui peut persister pendant plusieurs jours. Dans deux cas, nous avons vu, après deux ou trois jours d'attente, pendant lesquels l'amélioration de l'état local semblait s'être arrêtée, une dernière application de sangsues faire disparaître la douleur du jour au lendemain, et dès ce moment l'utérus rentrer rapidement dans le bassin. Les *ventouses* scarifiées pourraient remplacer les sangsues; mais lorsque le mal est à son summum, leur application ne peut pas être supportée.

Cinq ou *six* centigrammes d'*opium* chaque jour suffisent pour procurer aux malades des nuits plus calmes et pour apaiser les douleurs. Les *vésicatoires volants*

[redacted]

morphinés sont d'une grande utilité. On peut encore prescrire des *lavements laudanisés* à une faible température, et quelques médecins proposent d'employer des *suppositoires opiacés ;* mais rien ne prouve que cette manière d'administrer l'opium ait aucun avantage sur les autres.

Entretenir la liberté du ventre par des *laxatifs;* appliquer des *cataplasmes émollients* ou des fomentations émollientes sur l'abdomen; prescrire un repos absolu, commander une *diète* sévère les premiers jours, et n'accorder ensuite les aliments légers qu'avec prudence, tels sont les moyens qui complètent ce traitement.

Dans les cas où l'inflammation est plus profonde, où l'on a à redouter la suppuration de l'utérus ou de ses annexes et la gangrène superficielle ou profonde de l'organe, on doit insister fortement sur les mêmes moyens. Ces cas sont rares. Lorsque les abcès se sont formés, on a recours à un traitement qui sera exposé à l'occasion des *phlegmons du bassin et de la fosse iliaque* (1); et dans les cas où l'on a affaire à une gangrène, on emploie les *antiseptiques*, qui bien souvent sont sans effet.

Nous avons dit que dans quelques cas, malgré les moyens mis en usage, il reste un certain degré d'inflammation qui prend la forme chronique. On a alors recours aux *mercuriaux*, à l'*iode* et aux autres agents thérapeutiques indiqués à l'article *Métrite chronique* (2). Ils n'offrent, dans leur application, rien de particulier à la maladie qui nous occupe.

ARTICLE VII.

MÉTRITE EXTERNE OU DU COL DE L'UTÉRUS; GRANULATIONS, ÉROSIONS, ULCÉRATIONS SIMPLES, ULCÈRES SYPHILITIQUES.

[L'utérus présente une disposition et des rapports dont aucun autre organe n'offre d'exemple : son corps est un viscère intérieur, profondément caché et appartenant à la sphère des organes péritonéaux; son col, bien qu'abrité par le vagin, est une partie extérieure, et offre une surface de rapports, analogue à celles des parties tégumentaires; le corps est revêtu de péritoine, le col d'une muqueuse qui a de l'analogie avec celle du vagin ; et, tandis que la première partie ne peut guère recevoir que des influences internes, la seconde est surtout exposée aux actions extérieures. Peut-être même pourrait-on dire que la circulation et l'innervation du col et du corps de l'utérus sont différentes; il est certain, du moins, que, sous le rapport du développement, ces deux parties sont dans un véritable état d'antagonisme : ainsi, chez la petite fille, tandis que le col est dans un état de développement proportionné à celui des autres organes, le corps est rudimentaire ; chez la femme adulte, le corps l'emporte en volume sur le col, et chez la femme âgée, le col s'atrophie longtemps avant le corps. Il résulte de ces faits que le mode de vitalité de ces deux parties n'est pas semblable ; et l'on comprend facilement, dès lors, que chacune d'elles puisse être malade isolément. La distinction qui a été faite

(1) Voyez plus loin un article consacré à ces abcès.
(2) Voyez plus loin.

[redacted]

ais, bien qu'on ait voulu en faire le moyen principal, on ne doit le regarder, avec s précédents, que comme un simple adjuvant.

Enfin, il faut calmer les douleurs nerveuses, donner des toniques, des ferrugineux, des opiacés pour les souffrances de l'estomac, mettre en œuvre les moyens tiles contre la dysménorrhée.

2° ÉROSIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

Les érosions du col de l'utérus ont moins d'importance que les granulations. ous n'en connaissons pas les *causes*. On a dit que ces lésions sont dues au passage ntinuel d'un mucus altéré ; mais M. Duparcque n'a pas observé ce rapport de se à effet, et il a vu la sécrétion morbide dépendre bien plutôt de ces érosions e les produire. Dans un cas cité par Magistel, elles étaient, selon toutes les apparences, occasionnées par la *présence d'un pessaire.*

Symptômes. — La *douleur* est plus remarquable dans les érosions que dans les ranulations. Elle se manifeste particulièrement dans le coït, et est rendue vive par contact du doigt dans l'acte du toucher. Voici comment M. Duparcque s'exprime sujet des symptômes :

« Les signes, dit-il (1), qui font soupçonner l'existence de ce genre d'affection, nt un *sentiment de chaleur brûlante*, de *prurit incommode* dans le fond du vagin, des *douleurs vives* du col de l'utérus réveillées par le contact du doigt, et qui rendent surtout le coït pénible. Mais le principal et le plus marqué est fourni par *écoulement* plus ou moins abondant qui constitue la leucorrhée, et qui a longtemps attiré seul l'attention des praticiens : ce n'est que depuis qu'on a popularisé usage du spéculum, qu'on a vu que beaucoup de ces écoulements étaient dus à s affections ulcéreuses du vagin, et surtout de l'utérus. Dans ce cas, la matière provient pas seulement de la surface érodée ; l'irritation qui s'irradie au reste l'utérus augmente sa sécrétion, et ce produit lui-même, par son contact avec le gin, y excite et altère la sécrétion normale de ce conduit. Mais ce signe n'est s constant, la suppuration peut être assez peu abondante pour que la matière, ur ainsi dire perdue dans le canal vaginal, ne vienne point se manifester au hors. »

Beaucoup de signes des érosions se rapprochent de ceux des granulations, que . Duparcque ne distingue pas d'une manière très rigoureuse. On les complète r le toucher et par l'examen à l'aide du spéculum.

Le *toucher*, outre la douleur qu'il produit, fait reconnaître l'existence d'une très gère perte de substance qui se fait sentir vers les bords de l'érosion. On sent, en ssant de la surface saine à la surface malade, une petite arête qui indique le commencement de l'ulcération un peu déprimée.

A *l'aide du spéculum*, on voit une surface d'un rouge plus ou moins vif, siégeant tantôt sur une lèvre, tantôt sur l'autre, et quelquefois sur les deux. Elle est régulière, et l'on distingue facilement la saillie de ses bords, qui sont entourés une auréole rouge plus ou moins large.

L'écoulement qui accompagne ces érosions étant ordinairement assez abondant,

(1) *Loc. cit.*, p. 374.

il en résulte assez fréquemment des symptômes semblables à ceux qui vienne d'être indiqués à propos des granulations.

Traitement. — Le traitement antiphlogistique est plus souvent applicable aux éro sions qu'aux granulations du col de l'utérus. On y a recours lorsque, ainsi que l fait remarquer M. Duparcque, l'érosion est « d'un rouge vif, sensible, doulou reuse, et repose sur un fond engorgé, congestionné, enflammé. Le sujet est jeune et fort, continue cet auteur, on débute par une *saignée*, on le soumet à u *régime rafraîchissant*, on pousse doucement et fréquemment des *injections d liquides mucilagineux* et *narcotiques* à température basse, comme d'une décoc tion de racine de *guimauve*, ou de *graine de lin* et de *tête de pavot*, ou on l remplace par des *cataplasmes* à demeure ; les *bains entiers* et les *bains de si presque froids* conviennent également.

» On proscrit toute espèce de fatigue, on éloigne les causes qui ont détermi ou qui entretiennent l'érosion, et l'on recommande principalement le *repos abs des organes;* on surveille les évacuations alvines, et l'on prescrit un *régime appr prié.* »

Il y a bien loin de ces données vagues aux préceptes rigoureux qui résultent d'u bonne analyse des faits; mais les recherches ont été faites trop négligemment po qu'il soit possible d'indiquer quelque chose de plus précis.

Lorsque l'inflammation est peu vive, ou lorsque, à l'aide des moyens qui vie nent d'être indiqués, on l'a notablement apaisée, on a recours au traitement expo en détail à propos des granulations, et auquel nous renvoyons le lecteur.

3° ULCÉRATIONS SIMPLES.

On désigne sous le nom d'ulcérations simples, ou d'*ulcères bénins* du col l'utérus, des pertes de substance plus profondes que les précédentes et qui ne so pas dues au cancer utérin. Cette affection est rare. MM. Duparcque et Téallier n' rapportent que quelques exemples. Le premier de ces auteurs décrit sous le no d'*ulcère cancroïde* une affection dont la nature est mal définie, et qui, selon tou les apparences, n'est qu'un de ces ulcères devenu plus profond, ayant son siége s l'utérus chroniquement enflammé et induré, et ayant acquis par là un aspect p ticulier.

Nous ne sommes guère plus instruits sur les *causes* des ulcères que sur ce des érosions. On a attribué leur production aux *excès de coït* et à la présence *corps* étrangers, mais le degré d'action de la première de ces causes n'est pas b connu ; on a encore signalé les *vices dartreux, scrofuleux et scorbutique;* m les faits sont bien insuffisants pour nous faire apprécier l'influence de ces causes peine les auteurs ont-ils cité une ou deux observations, et il est remarquable (l'action du *virus syphilitique* pourrait être invoquée bien plutôt que celle des d tres, du scorbut et de la scrofule.

Symptômes. — Les ulcères dont il s'agit sont *douloureux*, *saignants*, et donn lieu à un *écoulement* souvent fort abondant.

Par le *toucher* on augmente la douleur, on provoque l'écoulement d'une certa *quantité de sang*, et l'on sent une *déperdition de substance* souvent considéral puisqu'on a vu une des lèvres du col en grande partie détruite. Il ne faut pas

[redacted]

rapporter toujours à l'apparence, parce que l'ulcération existant souvent sur une partie tuméfiée, boursouflée, paraît plus profonde qu'elle ne l'est réellement. Sa surface est ordinairement molle au toucher et assez souvent inégale.

A l'*aide du spéculum*, on voit le col gonflé, d'un rouge obscur, et sur l'une ou l'autre des lèvres, un *ulcère* souvent irrégulier, à bords boursouflés, à surface d'un rouge brun, d'où s'échappe une petite quantité de sang aussitôt qu'on en touche la surface, soit avec le spéculum, soit un peu fort avec le pinceau.

Les autres symptômes sont semblables à ceux des granulations et à ceux de la métrite chronique du col. Il est facile de s'en représenter le tableau.

Traitement. — Lorsque l'ulcère est très douloureux et enflammé, on met en usage le traitement antiphlogistique recommandé pour les érosions qui se trouvent dans le même cas.

Si l'ulcère est peu douloureux, on met en œuvre les astringents, et surtout la *cautérisation*. Nous n'avons pas indiqué, à propos des lésions précédentes, la *cautérisation avec le fer rouge* employée par quelques praticiens, et principalement par M. Jobert (de Lamballe), qui en a obtenu de véritables succès dans le traitement de diverses maladies de l'utérus. Les érosions et les granulations guérissent trop bien par les moyens que nous avons indiqués, pour qu'on ait recours à cette cautérisation effrayante pour beaucoup de malades. Quand il s'agit des ulcères profonds dont nous venons d'exposer rapidement les caractères, on peut rencontrer des cas où ces moyens sont insuffisants, et alors le cautère actuel offre une précieuse ressource. C'est surtout lorsque l'ulcère a un aspect fongueux et saigne très facilement, que ce moyen est utile et procure en peu de temps (trois semaines ou un mois, pendant lesquels on pratique deux, trois ou quatre cautérisations) une guérison complète. Cette cautérisation ne détermine pas plus de douleur que les autres, et, avec certaines précautions, elle n'offre aucun danger. Nous y reviendrons plus loin, et nous en parlerons avec plus de détails, car nous trouverons d'autres affections dans lesquelles M. Jobert la met en usage.

4° ULCÈRES SYPHILITIQUES.

Les ulcères syphilitiques à mentionner ici sont les ulcères secondaires, car nous avons parlé des *chancres*, ou *ulcères primitifs*, au tome Ier de ce livre, page 417. Les ulcères syphilitiques dont il s'agit n'ont, pas plus que ceux qu'on observe ailleurs, et notamment dans le pharynx, de caractères qui servent constamment à les faire distinguer. Dans tous les cas où l'on a pu les diagnostiquer, c'est en ayant recours aux renseignements fournis par les malades, en ayant égard au caractère rebelle de la lésion, en recherchant s'il n'existait pas, dans d'autres parties du corps, des traces de syphilis constitutionnelle, et enfin en s'éclairant des effets du traitement. Il suffit d'indiquer ces sources de diagnostic pour tracer au praticien la conduite à suivre.

Lorsqu'on a lieu de croire que l'ulcère est de nature syphilitique, on soumet la malade au *traitement mercuriel*, on prescrit l'*iodure de potassium ;* en un mot, on met en usage les moyens que nous avons indiqués à propos des ulcérations syphilitiques, *ayant soin toutefois de ne pas* négliger le *traitement* local (injections,

cautérisations, calmants), qui vient en aide au traitement spécifique, et de combattre par le traitement antiphlogistique les accidents inflammatoires.

ARTICLE VIII.

MÉTRITE AIGUE SIMPLE.

[Bien que nous ayons divisé la métrite en externe, interne et parenchymateuse, nous consacrons le présent article à la forme que l'on a désignée sous le nom de métrite aiguë simple; non que les cas de ce genre soient communs, mais parce qu'il convient de tenir compte de ces cas rares où tous les éléments de l'organe sont pris simultanément, et où il serait impossible de localiser l'affection dans tel ou tel tissu en particulier.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre par le mot de *métrite aiguë simple*, toute inflammation plus ou moins généralisée de l'utérus, se manifestant hors de l'état de grossesse ou du temps des couches.]

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Suivant la plupart des auteurs, la maladie dont nous nous occupons est très rare avant la puberté et après la cessation des règles. Selon Lisfranc, au contraire, elle est fréquente pendant les deux premières années qui suivent cette cessation. Mais cet auteur n'entre pas dans les détails des faits, et n'appuie son opinion que sur des considérations purement théoriques.

Une *alimentation* échauffante, des médicaments stimulants, emménagogues, l'abus des boissons alcooliques, sont encore rangés parmi ces causes, mais avec moins de preuves encore, s'il est possible.

Le docteur Bennett (1) admet surtout comme cause prédisposante une espèce de *faiblesse ou de susceptibilité naturelle* de l'utérus chez certaines femmes, faiblesse qui se traduit par l'établissement difficile des menstrues, leur irrégularité dans les premières années, leur diminution ou leur trop d'abondance; enfin par la douleur qui les accompagne quelquefois.

L'action de ces causes est si peu démontrée, qu'il a fallu, pour presque tous les cas, admettre une prédisposition spéciale dont la nature est tout à fait inconnue.

2° Causes occasionnelles.

Presque toutes les causes occasionnelles dont l'influence est bien prouvée peuvent être considérées comme des *violences extérieures*. Ainsi l'abus du coït, la disproportion du pénis, les coups sur l'hypogastre, les chutes qui déterminent un ébranlement dans les organes du bassin, les blessures, les manœuvres pour pro-

(1) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, etc.*, traduit par M. Aran. Paris, 1850.

l'avortement, les opérations faites sur la matrice, sont toutes des causes
sent plus ou moins directement et matériellement, et ce sont ces causes
xistence est le moins contestable.

nous reste plus, pour compléter cette énumération, que d'indiquer les *in-
s froides* souvent répétées, les *injections irritantes* et la *suppression des*
Il serait, en effet, inutile d'insister sur une étiologie dont les éléments
ianquent en grande partie, et dont il faut recommander l'étude aux obser-

§ III. — Symptômes.

ymptômes de la métrite aiguë simple ne diffèrent de la *congestion san-*
lorsque la maladie est étendue à tout l'organe, que par une intensité plus
, par le mouvement fébrile qui vient se joindre à eux, et qui est plus mar-
e dans les cas peu fréquents où il existe un peu de fièvre avec la simple
ion, et enfin par un écoulement qui n'a pas suffisamment fixé l'attention
eurs.

nflammation n'occupe que la surface interne de l'utérus, et à plus forte
i elle reste fixée à la cavité du col, la *douleur* est peu vive, et elle est bor-
organe malade. Il n'en est pas de même dans les conditions opposées. La
est alors profonde, gravative, continue, avec des redoublements plus ou
réquents, pendant lesquels elle peut s'étendre aux lombes, à l'anus, aux aines
uisses. Il est bien rare que, dans la métrite aiguë simple, cette douleur soit
ve pour forcer les malades à se tenir les cuisses fléchies sur le bassin,
l'indique M. Duparcque; c'est dans le cas de *métrite puerpérale* que ce
ne a été vu avec ce degré d'intensité.

es symptômes les plus constants est une *pesanteur* incommode au périnée,
sentiment de tension dans le bassin. Si la maladie a un certain degré d'in-
c'est celui dont se plaignent le plus les femmes.

uleur *est augmentée notablement par la pression*, qui doit être, lorsque
est possible, exercée de trois manières. Par le *palper hypogastrique*, on
: la douleur qui siége dans le corps de l'utérus; mais parfois le gonflement
considérable, et ce n'est qu'en pressant fortement qu'on arrive sur l'organe
Alors on doit pratiquer le *toucher par le rectum*, qui fait reconnaître plus
ent l'état du corps de la matrice. Le *toucher vaginal* détermine quelque-
douleur très vive, qui a pour caractère, lorsqu'il s'agit d'une métrite ai-
ccuper toute l'étendue du col de l'utérus. Enfin il est toujours bon de
r le palper hypogastrique avec le toucher vaginal, parce que de cette ma-
i acquiert une notion exacte du volume, de la consistance et de la sensibi-
'organe.

par les mêmes moyens d'exploration qu'on reconnaît l'existence d'une *tu-
on* plus ou moins considérable, et si, en même temps qu'on pratique le
par le vagin, on presse sur l'hypogastre, on sent l'utérus pris entre les
ains, ce qui permet d'en mesurer approximativement le volume, en même
ue l'on apprécie plus exactement encore le degré de douleur qu'il pré-

: toucher vaginal, on constate encore la *dureté* ou bien la *mollesse* du col.

dilaté. Dans un certain nombre de cas, du moins, l'examen le plus attentif ne f constater aucune autre lésion organique, aucun changement de position de la m trice qui puisse rendre compte de l'absence de conception ; et ce qui tend à pro ver encore mieux l'influence des granulations du col, c'est que l'on voit des fem atteintes de cette affection, et qui sont restées stériles durant plusieurs années mariage, devenir enceintes après la guérison. » Ce fait prouve combien il est i portant de traiter ces granulations utérines. Nous en avons observé un exem très frappant, en ce que la conception a eu lieu très peu de temps après la gué son. Chez un bon nombre de femmes, l'obstacle ne paraît nullement insurmo table. Des recherches seraient utiles sur ce point.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* des granulations utérines est essentiellement chronique. Cette lésion passerait longtemps inaperçue et ferait des progrès sourds ou resterait stationnair si les pertes blanches et les symptômes qui en résultent n'engageaient les femm à se faire examiner, et, par suite, à se soumettre au traitement approprié. L choses se passent ainsi longtemps, l'écoulement blanc étant pris pour une *leuco rhée* simple, et le médecin négligeant l'examen direct.

La *durée* de la maladie est extrêmement longue lorsque le traitement ne vie pas l'abréger. Elle peut persister pendant un grand nombre d'années. Cet affection n'a pas de tendance à se *terminer* par la guérison, du moins pendant l temps où les femmes sont encore réglées. Après l'âge critique, dans la très grand majorité des cas, les granulations disparaissent, car on trouve alors très pe d'exemples de cette affection. On ne doit pas redouter une terminaison funeste il n'est pas un seul exemple authentique de dégénération de cette lésion en malad organique profonde.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'inspection cadavérique ne nous a rien appris de nouveau, si ce n'est le deg de pénétration des granulations dans le col, que nous n'avons jamais vu dépasse un centimètre et demi.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La leucorrhée, la dysménorrhée, les troubles de la digestion, l'irritation ne veuse, pourraient faire soupçonner l'existence de cette affection, mais non en donn la certitude. Le toucher ne donne une sensation particulière que dans certains ca En examinant les malades avec le spéculum, on arrive bientôt à un diagnostic p sitif. Les seules lésions, en effet, avec lesquelles on pourrait confondre les granu lations sont de simples rougeurs du col, des érosions, ou des ulcérations simpl superficielles.

Les *rougeurs du col* se montrent ordinairement à l'époque des règles et que fois après des excès de coït ; elles ne sont autre chose, en ce cas, que de simpl ecchymoses ; elles ont un aspect violacé ; la muqueuse est lisse à leur surface, *elles ne tardent* pas à disparaître. Les *érosions*, aussi bien que les rougeurs, ont e

[redacted]

abdominaux. Le passage des matières dans le rectum est toujours accompagné de douleurs, surtout quand il y a constipation. Les *garderobes* sont quelquefois *tapissées de mucus.* » Ce dernier symptôme se manifeste principalement, lorsque l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire rétro-utérin.

Aux symptômes locaux qui viennent d'être décrits, il se joint des *symptômes généraux*, ordinairement *peu intenses*. Quelquefois même ils sont si légers, que, si les femmes ne se fatiguent pas, il est difficile d'en reconnaître l'existence. On a dit que cette absence des symptômes généraux se remarque principalement dans les cas où la cavité utérine est superficiellement envahie, où il existe, comme on l'a dit, un simple *catarrhe utérin*. Le fait est vrai; mais il ne faut pas croire qu'un mouvement fébrile notable accompagne nécessairement la métrite simple aiguë. Comme dans beaucoup d'autres phlegmasies, la réaction fébrile est subordonnée à la manière plus ou moins rapide dont la maladie s'est déclarée.

On sera peut-être surpris de nous voir accorder si peu d'importance à la fièvre dans la métrite, lorsqu'on se rappellera les descriptions présentées par les auteurs. Mais si l'on veut examiner attentivement ce qui a été écrit à ce sujet, on voit bientôt que la description de la métrite avec violent mouvement fébrile s'applique presque toujours à l'inflammation qui survient après l'accouchement, et dans laquelle la maladie n'est pas à l'état de simplicité.

De toutes ces variétés de métrite admises d'après le siége précis de la maladie, il n'en est qu'une qui soit importante : c'est la *métrite du col;* mais elle ne présente rien de particulier, si ce n'est que les symptômes indiqués sont bornés à cette partie apparente de l'organe.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la métrite simple est continue; nous avons vu qu'il y avait des moments d'exacerbation, mais on n'observe pas de véritable intermittence. Sa *durée* n'a pas été convenablement déterminée; dans un certain nombre de cas elle n'a pas dépassé deux septénaires. On a parlé de *terminaison* par suppuration et par gangrène; mais c'est encore dans les cas de métrite puerpérale que les choses se passent ainsi, et même il faut remarquer que c'est presque toujours dans des cas de *fièvre puerpérale*, affection spéciale dont la métrite ne forme qu'une partie, que la métrite aiguë se termine d'une manière favorable dans la très grande majorité des cas, et s'il faut admettre, avec les auteurs, qu'elle peut dégénérer en métrite chronique, on doit du moins reconnaître que cette terminaison est fort rare.

M. Bennett a vu la maladie se terminer *par suppuration ;* dans ce cas, dit-il, si la collection purulente se forme au voisinage de la cavité utérine, elle se vide presque constamment dans cette cavité, et s'écoule par l'orifice du col. Si la suppuration se forme près de la surface externe, l'inflammation se propage en général au tissu cellulaire des ligaments larges, et le pus se comporte comme dans les cas d'inflammation et de suppuration de ces ligaments. Les faits indiqués par M. Bennett sont exacts; mais lorsqu'il y a inflammation du tissu cellulaire, celle-ci prend une telle importance, qu'elle constitue une affection qu'il faut considérer à part (1).

(1) *Voy. Phlegmons péri-utérins.*

facile d'en limiter l'action. Le *caustique de Vienne solidifié*, que M. Filhos a tenu par une préparation particulière, est bien plus facilement manié ; mais la maladie qui nous occupe on n'a nullement besoin d'un caustique aussi pui et le *nitrate d'argent*, lorsqu'il est employé convenablement et avec la per rance nécessaire, remplit toutes les conditions désirables (1). Le caustique méri préférence quand il s'agit de granulations utérines sans complication.

La cautérisation par le nitrate d'argent ne présente aucune difficulté. On peut pratiquer avec toute espèce de spéculum. On se sert du crayon de nitrate d'arg qu'on promène sur la plaque granuleuse. Il est bon de dépasser les limites de plaque, et il n'y a aucun inconvénient même à toucher toute la surface du col partie supérieure du vagin. Il faut surtout *cautériser les granulations dans térieur même du col*, en enfonçant le crayon à 2 centimètres environ. Fau cette précaution, on ne détruirait pas toute la maladie, qui tendrait à se perpét

La cautérisation n'a aucune espèce d'inconvénient, et le traitement réussit bien quand on néglige complétement toute précaution.

La cautérisation par le nitrate d'argent doit être pratiquée d'abord deux fois semaine, puis tous les huit jours jusqu'à la fin du traitement, qui dure ordin ment de six semaines à deux mois.

Pour venir en aide à ce traitement, on a recours à des *injections* détersives astringentes, avec l'*acétate de plomb*, l'*alun*, la décoction de *racine de rata* de *noix de galle*, de *feuilles de noyer*. Quelques médecins veulent même q laisse dans le vagin un tampon de charpie, ou une petite éponge imbibée de ces quides. M. Mêlier (2), qui a suivi ce conseil, a trouvé que le plus souvent ces c étrangers devenaient gênants, occasionnaient de la douleur et irritaient le col l'utérus et le vagin. Les mêmes réflexions s'appliquent aux *astringents réd en poudre* et portés sur le col à l'aide d'un bourdonnet de charpie.

On a conseillé d'employer uniquement les astringents dans un but curatif, pour rendre leur effet plus grand, on a, le spéculum étant en place, lancé a force les injections sur le col. Il n'existe pas de relevés de faits qui puissent faire connaître la valeur de ce traitement, et par conséquent il suffit de le m tionner, surtout lorsque nous venons d'en exposer un autre dont l'efficacité incontestable. Ayant, à l'hôpital de Lourcine, mis en usage, dans quelques les injections d'eau de feuilles de noyer poussées avec force sur le col, nous av vu parfois survenir une amélioration évidente, mais nous avons été toujours ob de terminer le traitement par la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Quelques médecins, supposant que les granulations du col sont, dans quelq cas, le résultat d'un vice dartreux, ont prescrit l'*eau sulfureuse* en *bains*, en *b son*, en *injections*; d'autres ont recommandé les *bains alcalins*; mais tous moyens ne sont utiles que comme adjuvants. En même temps qu'on emploi cautérisation, on peut, si l'écoulement est abondant, placer sur le col un *tam de charpie* sèche destiné à absorber l'humidité, et qu'on change fréquemme

(1) Voyez R. Philipeaux, *Traité pratique de la cautérisation*, d'après l'enseignem clinique du professeur Bonnet, de Lyon. Paris, 1856, p. 573 et suiv.

(2) *Considérations pratiques sur les maladies de la matrice* (*Mém. de l'Acad. royal médecine*, Paris, 1833, t. II, p. 330).

Quant aux *abcès des annexes de l'utérus*, à la *péritonite*, à l'*ovarite*, et mêm à la *cystite*, que la plupart des auteurs ont cru pouvoir être confondus avec la ma ladie dont nous nous occupons, ces affections ont des caractères si différents, qu la confusion n'est pas à craindre. Il s'agit simplement de pratiquer l'exploration d la manière indiquée plus haut. Un bon moyen de distinguer la *cystite* de la métrit consiste à presser avec le doigt sur la paroi vésico-vaginale; on détermine par c moyen de la douleur, lorsque la vessie est enflammée, tandis qu'en pressant su l'utérus, on s'assure que cet organe conserve sa sensibilité normale. Il est un autre affection incomplétement connue dont la diagnostic différentiel a plus d'im portance, c'est l'*inflammation péri-utérine ;* nous donnerons ce diagnostic dan un des chapitres suivants.

Le *pronostic* n'est pas grave. On ne trouve pas un seul cas authentique de ter minaison funeste de la métrite simple aiguë; et quant au passage à l'état chro nique, nous avons vu combien il est rare.

§ VII. — Traitement.

Il suffit de dire qu'on doit employer la *saignée* plus ou moins répétée; appli quer des *sangsues* à l'hypogastre, aux *aines*, à l'*anus;* prescrire les *bains*, le applications, les injections *émollientes*, les *narcotiques*, un *régime sévère*, et sur tout un *repos absolu*. Ces moyens suffisent pour faire promptement cesser le symptômes légers de réaction, et bientôt les symptômes locaux disparaissent eux mêmes.

Quant aux *frictions mercurielles*, aux *révulsifs* de toute espèce, aux *vomi tifs*, etc., c'est dans des cas de métrite puerpérale qu'on les a administrés.

M. Bayle a rapporté (1) une observation intitulée : « Métrite guérie par l'*émé tique* et les bains, » mais les symptômes indiqués sont insuffisants pour caracté riser la maladie, et, par conséquent, nous n'en pouvons rien conclure.

ARTICLE IX.

MÉTRITE INTERNE. — CATARRHE UTÉRIN.

[De toutes les affections inflammatoires de l'utérus, celle de la membrane intern est une des plus communes. Qu'elle soit absolument superficielle ou qu'elle affect à une plus ou moins grande profondeur le parenchyme de l'organe, qu'elle soi bornée à la cavité du corps et du col, ou qu'elle se prolonge sur le col, elle n'e constitue pas moins une espèce très nettement délimitée et à laquelle s'attache un très grand intérêt.

A notre sens, devant les questions pratiques doivent tomber toutes les vaine distinctions, faciles à établir dans le silence du cabinet, et à l'exemple de MM. Vel peau, Scanzoni, Nonat, nous ne distinguerons ni la métrite du corps, ni celle d col; et nous ne conserverons pas même de délimitation entre les formes aiguës e chroniques, à peu près impossibles à distinguer au lit des malades. Pour nous, l *métrite interne* est *une*, et les petites différences dues à des localisations ou à un

(1) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 296.

il en résulte assez fréquemment des symptômes semblables à ceux qui vien
d'être indiqués à propos des granulations.

Traitement. — Le traitement antiphlogistique est plus souvent applicable aux
sions qu'aux granulations du col de l'utérus. On y a recours lorsque, ainsi q
fait remarquer M. Duparcque, l'érosion est « d'un rouge vif, sensible, dou
reuse, et repose sur un fond engorgé, congestionné, enflammé. Le sujet e
jeune et fort, continue cet auteur, on débute par une *saignée*, on le soumet à
régime rafraîchissant, on pousse doucement et fréquemment des *injecti*
liquides mucilagineux et *narcotiques* à température basse, comme d'une déc
tion de racine de *guimauve*, ou de *graine de lin* et de *tête de pavot*, ou o
remplace par des *cataplasmes* à demeure ; les *bains entiers* et les *bains de*
presque froids conviennent également.

» On proscrit toute espèce de fatigue, on éloigne les causes qui ont déter
ou qui entretiennent l'érosion, et l'on recommande principalement le *repos*
des organes; on surveille les évacuations alvines, et l'on prescrit un *régime a*
prié. »

Il y a bien loin de ces données vagues aux préceptes rigoureux qui résultent d
bonne analyse des faits; mais les recherches ont été faites trop négligemment p
qu'il soit possible d'indiquer quelque chose de plus précis.

Lorsque l'inflammation est peu vive, ou lorsque, à l'aide des moyens qui vi
nent d'être indiqués, on l'a notablement apaisée, on a recours au traitement exp
en détail à propos des granulations, et auquel nous renvoyons le lecteur.

3° ULCÉRATIONS SIMPLES.

On désigne sous le nom d'ulcérations simples, ou d'*ulcères bénins* du col
l'utérus, des pertes de substance plus profondes que les précédentes et qui ne s
pas dues au cancer utérin. Cette affection est rare. MM. Duparcque et Téallier n
rapportent que quelques exemples. Le premier de ces auteurs décrit sous le no
d'*ulcère cancroïde* une affection dont la nature est mal définie, et qui, selon tout
les apparences, n'est qu'un de ces ulcères devenu plus profond, ayant son siége s
l'utérus chroniquement enflammé et induré, et ayant acquis par là un aspect pa
ticulier.

Nous ne sommes guère plus instruits sur les *causes* des ulcères que sur cel
des érosions. On a attribué leur production aux *excès de coït* et à la présence
corps étrangers, mais le degré d'action de la première de ces causes n'est pas bi
connu ; on a encore signalé les *vices dartreux, scrofuleux et scorbutique;* ma
les faits sont bien insuffisants pour nous faire apprécier l'influence de ces causes.
peine les auteurs ont-ils cité une ou deux observations, et il est remarquable q
l'action du *virus syphilitique* pourrait être invoquée bien plutôt que celle des da
tres, du scorbut et de la scrofule.

Symptômes. — Les ulcères dont il s'agit sont *douloureux*, *saignants*, et donne
lieu à un *écoulement* souvent fort abondant.

Par le *toucher* on augmente la douleur, on provoque l'écoulement d'une certai
quantité de sang, et l'on sent une *déperdition de substance* souvent considérab
puisqu'on a vu une des lèvres du col en grande partie détruite. Il ne faut pas s'

Tempérament, constitution. — « Il serait bien difficile, dit M. Nonat, d'apprécier d'une manière exacte l'influence que peut avoir le tempérament sur la genèse des phlegmasies utérines. Cependant il est certain que les femmes douées d'un tempérament lymphatique et celles dont le sang est appauvri y sont plus exposées que les femmes qui jouissent d'un tempérament sanguin : ce qui semble pouvoir s'expliquer par les troubles ou l'irrégularité de la fonction menstruelle chez les premières. Il n'est pas aussi bien établi que la métrite soit plus commune chez les femmes blondes que chez les autres, quoi qu'en aient dit quelques auteurs. »

Le même auteur fait encore remarquer que la métrite est un peu plus commune chez les femmes des classes indigentes que chez celles des classes aisées, peut-être par la double influence du vice et de la misère.

L'usage de substances stimulantes, comme les *emménagogues*, doit figurer au rang des causes prédisposantes, de même que certaines pratiques, telles que les *injections vaginales*, les *bains de siége*, les *pédiluves*. On a signalé, sans avoir la démonstration de leur nocuité, l'usage des *corsets*. Enfin on a noté sans preuves l'influence des *climats tempérés*, des *saisons froides* et du *séjour dans les grandes villes*.

A notre sens, ces causes, qui sont communes à un si grand nombre de femmes et qui sont loin cependant de produire toujours des effets semblables, ne peuvent avoir d'action réelle qu'en vertu d'une prédisposition particulière, et nous pensons, avec M. Bazin et avec M. Tillot, que les diathèses rhumatismale, tuberculeuse, scrofuleuse et herpétique, ont la plus grande part à la production de la métrite interne. Il ne faut plus qu'une cause occasionnelle pour que l'influence morbide préexistante localise son action sur l'organe utérin, comme elle l'exercerait dans tout autre lieu soumis à cette action excitatrice.

2° Causes occasionnelles.

Toute cause capable d'*augmenter* ou de *diminuer* la congestion sanguine qui se fait à l'*époque menstruelle*, est capable de déterminer le développement de la métrite ; et c'est pour ce motif que l'on recommande avec raison aux femmes d'éviter toutes les influences capables de troubler la menstruation, comme les emménagogues, les purgatifs, les saignées, les bains de pieds, et même les émotions morales.]

Il faut reconnaître avec M. Duparcque que les *couches* jouent un grand rôle dans la production de la métrite chronique ; mais peut-être la proposition de cet auteur est-elle trop absolue lorsqu'il dit : « Le plus grand nombre de ces altérations (celles de la métrite chronique) sont survenues à la suite des couches. » Sur 22 cas que nous avons rassemblés, on ne peut rapporter la maladie que 11 fois à cette cause (accouchement ou avortement), et encore dans quelques-uns la métrite chronique s'est-elle définitivement déclarée assez longtemps après les couches pour qu'on puisse conserver quelque doute. Ce nombre est néanmoins assez grand pour nous confirmer dans l'opinion précédemment émise, que les femmes qui ont des enfants sont dans la condition la plus favorable au développement de la maladie.

On a dit que *marcher trop tôt après l'accouchement*, et surtout se livrer à *fatigues considérables peu de temps après* les couches ou un avortement, est

[redacted]

des causes les plus actives de la maladie. C'est, en effet, ce qui a eu lieu dans deux cas. Ce nombre est bien peu considérable, sans doute ; mais, dans ces deux cas, il y a eu une relation de cause à effet si évidente, qu'il a été impossible de la méconnaître.

Un simple *avortement*, sans fatigue consécutive, a donné lieu à la maladie dans trois cas, et, si l'on considère que l'avortement est beaucoup plus rare que l'accouchement à terme, on reconnaîtra que ce nombre ne laisse pas d'avoir de l'importance.

Les *coups* sur l'abdomen, les *chutes* sur le siége, sur les genoux, sur les pieds, sur le ventre, les manœuvres nécessitées par un accouchement laborieux, toutes les violences extérieures qui peuvent porter sur l'utérus, soit directement, soit indirectement, ont été rangées parmi les causes de la métrite chronique. Nous n'en trouvons qu'un seul exemple parmi les faits que nous avons rassemblés, et encore s'agit-il d'un coup sur le ventre ayant déterminé l'avortement qui, comme nous venons de le voir, peut par lui-même être la cause efficiente de la maladie.

On a encore cité en première ligne les *excès de coït*. Nous croyons qu'on a beaucoup exagéré l'influence de cette cause. La métrite chronique se rencontre bien plus rarement chez les filles publiques qu'on ne devrait s'y attendre, si l'on regardait le fait comme certain, et cette proportion paraîtra bien plus faible encore, si l'on songe que ces femmes sont exposées à beaucoup d'autres causes d'inflammation. Dans les faits que nous avons réunis, cette cause n'a pu être invoquée qu'une seule fois.

Quant à la *masturbation*, aux *excès alcooliques*, aux *exercices violents*, etc., nous nous bornerons à les mentionner, parce que l'on ne trouve aucun fait qui démontre l'existence de ces causes.

On a également fait jouer un très grand rôle aux *causes morales*. Parmi les faits auxquels nous empruntons ces détails, il n'en est que trois dans lesquels ont ait constaté leur existence : une fois ce fut une grande *frayeur* qui détermina une métrorrhagie suivie de métrite, et deux fois les femmes étaient en proie à de grands *chagrins*.

Parmi les causes, il nous faut citer la *suppression des règles*. Dans un cas, les règles ayant été brusquement supprimées à la suite d'une vive émotion morale, il survint bientôt une métrite chronique dont la durée fut considérable. Dans trois autres cas, la suppression fut graduelle et sans cause connue ; mais on peut se demander si lorsque les règles commencèrent à diminuer, l'inflammation chronique n'existait pas déjà, et si la suppression n'était pas plutôt l'effet que la cause.

On a cité des cas où la métrite chronique a été la terminaison d'une *métrite aiguë ;* cela est rare.

La métrite chronique a encore été attribuée à l'action d'un *virus vénérien*. Mais nous ne connaissons pas les observations sur lesquelles on s'est fondé, du moins quand il s'agit de la métrite chronique simple.

[Le séjour de *corps étrangers* dans le vagin, les *opérations* pratiquées sur le col ou le corps de l'utérus, comme l'*abaissement de l'utérus* pour l'extraction de polypes, le *débridement* de l'orifice utéro-vaginal, les *cautérisations*, le *cathétérisme utérin*, l'*application du redresseur*, etc., sont encore des causes de métrite *interne*.

[redacted]

M. Nonat fait remarquer que les *désirs vénériens non satisfaits* et le *célibat*, ne sont peut être pas sans influence sur la production de la métrite, et il rapporte à ces causes les cas assez fréquents de métrite chez les jeunes filles vierges. Et cet auteur ajoute que, chez ces dernières, la métrite atteint presque exclusivement le corps de l'utérus, tandis que chez la femme mariée, pour des raisons faciles à comprendre, le col est aussi fréquemment affecté que le corps.

Quant aux *déviations de l'utérus*, nous sommes persuadés que, loin d'être cause de la métrite, elles en sont ordinairement les effets.]

§ III. — Symptômes.

Début. — Nous venons de voir que rarement la métrite chronique est la suite d'une métrite aiguë. Presque toujours le début de cette affection est obscur, et tout porte à croire, par conséquent, que dans le principe l'inflammation fait des progrès très lents. Une pesanteur inaccoutumée dans le bassin, des tiraillements dans les lombes, un écoulement médiocrement abondant, tels sont les phénomènes qui annoncent le développement de la maladie.

Symptômes. — Il n'est pas un seul cas de métrite chronique confirmée qui ne présente, soit d'une manière continue, soit à divers intervalles, un certain degré de *douleur*. C'est souvent un sentiment de *tension*, auquel viennent se joindre des *tiraillements* dans l'abdomen, les aines et surtout les lombes. L'augmentation de volume de l'organe rend parfaitement compte de ces phénomènes. Les douleurs, dans quelques circonstances, deviennent aiguës; elles consistent alors en élancements violents traversant le bassin, ou en coliques utérines se rapprochant de celles que les femmes éprouvent pendant l'accouchement. Il n'est pas sûr que les douleurs de ce genre doivent être directement rapportées à l'inflammation de l'organe. On peut se demander si elles ne seraient pas le résultat de congestions sanguines, plus ou moins fréquentes, qui viennent se surajouter à la maladie principale. Ce qui porte à croire qu'il en est réellement ainsi, c'est que ces douleurs se montrent principalement aux époques menstruelles où la congestion sanguine est si fréquente.

La *pression* augmente notablement les douleurs, et à ce sujet on peut voir ce que nous avons dit à propos de la métrite aiguë, l'exploration étant la même, ainsi que les résultats, à l'intensité près. Chez plusieurs malades, le coït devient insupportable, tant il est douloureux. La *marche*, la *station droite* et *assise* longtemps prolongée, le *cahot d'une voiture*, les grands mouvements du tronc, les *fatigues* de toute espèce, ont également pour résultat d'augmenter la douleur d'une manière sensible.

[Quelques malades sont dans l'impossibilité de s'asseoir, à cause de douleurs ressenties aux tubérosités de l'ischion ou à l'une d'elles seulement. Souvent, dans la marche, le corps est fléchi en avant. Enfin nous devons noter l'affaiblissement des jambes, quelquefois assez considérable pour simuler la paraplégie.]

Un sentiment de *plénitude* dans le bassin et de *pesanteur* vers le périnée est un symptôme constant de la maladie qui nous occupe. L'augmentation de volume, soit de l'organe tout entier, soit d'une de ses parties seulement, en rend parfaitement raison, et, suivant que cette augmentation est plus ou moins considérable, ce symptôme offre une plus ou moins grande intensité.

[redacted]

C'est également par les moyens indiqués dans la description de la métrite aiguë (1) que l'on constate cette *augmentation de volume*, qui est quelquefois très considérable. C'est ainsi qu'on a vu le corps de l'utérus s'élever au-dessus du pubis, ou plus fréquemment remplir par son volume la cavité du petit bassin, au point d'y devenir presque immobile, et que le col a présenté assez souvent un volume qu'on a jugé approcher de celui d'un œuf de poule. Une aussi grande augmentation de volume ne se remarque néanmoins que dans un nombre limité de cas, et le plus souvent elle est beaucoup moins considérable, mais elle ne manque jamais : c'est un des caractères symptomatologiques essentiels de la maladie.

[Ce phénomène se caractérise aussi par la plus grande profondeur de la cavité utérine. Dans l'état normal, les cavités réunies du col et du corps n'ont que de 65 à 70 millimètres de longueur ; dans la métrite chronique, on peut trouver jusqu'à 80 et 90 millimètres ; la mensuration s'effectue avec l'hystéromètre. Les principaux auteurs, tels que MM. Huguier, Scanzoni, Nonat, Becquerel, ont établi la réalité de ce fait. M. Aran paraît disposé à l'attribuer à un léger degré d'hydrométrie, qui serait produit par l'oblitération passagère de l'orifice supérieur du col.]

Un phénomène très important, et qui est la conséquence de l'état que nous venons de décrire, est la *chute de la matrice*. Dans l'immense majorité des cas recueillis par M. Duparcque, il y avait une descente de matrice très prononcée, et pour laquelle on avait soumis plusieurs femmes à l'usage d'un pessaire qui avait augmenté les accidents. En portant le doigt dans le vagin, on sent presque immédiatement le col très volumineux et remplissant ce conduit. Cet état de l'utérus peut être constaté lorsque les femmes sont couchées, mais bien plus facilement encore lorsqu'elles sont debout. D'autres déplacements de l'utérus, comme l'*antéversion* et la *rétroversion*, résultent également de l'augmentation du volume de l'organe et du relâchement de ses ligaments.

L'*inspection à l'aide du spéculum* fournit des renseignements précieux que l'on ne doit jamais négliger. On trouve ordinairement le col assez volumineux pour être embrassé avec peine par le spéculum. Il est d'un rouge plus ou moins foncé, parfois brun, ordinairement sans difformité. Son orifice est fermé. Quelquefois néanmoins le col présente des bosselures, et son col est entr'ouvert, sans que, pour cela, on soit autorisé à croire qu'il y a une maladie plus grave qu'une simple métrite chronique. M. Duparcque en a cité des exemples ; et voici, comme il l'a très bien remarqué, la disposition particulière qu'avaient les bosselures : « Elles sont, dit-il, séparées par des sillons plus ou moins profonds, perpendiculaires à l'orifice utérin vers lequel ils convergent ; et, comme nous n'avons jamais observé cette disposition des engorgements du col utérin que chez les femmes qui avaient eu un et le plus souvent plusieurs enfants, j'ai pu m'en rendre raison de la manière suivante. Le pourtour de l'orifice externe de l'utérus a pu être déchiré ou fissuré lors du passage de l'enfant, et les fissures auront formé des cicatrices qui n'ont pas dû prêter, comme les parties voisines, à la distention que l'engorgement morbide a fait éprouver au col utérin. Ces sillons correspondent ordinairement aux commissures du museau de tanche, et quelquefois existent aussi en avant et en arrière, ce qui fait paraître l'engorgement comme formé par plusieurs tumeurs globulaires adossées

(1) *Voyez l'article précédent.*

les unes aux autres. » Il faut être prévenu de cette disposition pour n'être pas exposé à porter un pronostic trop fâcheux.

La *consistance* de l'organe, que l'on constate par le toucher vaginal et rectal, est ordinairement augmentée. Dans quelques cas, au contraire, le tissu paraît ramolli, sans que les recherches des auteurs puissent nous apprendre dans quelles circonstances se produisent deux états si opposés.

Il y a un *écoulement* très variable, non-seulement suivant les cas, mais encore aux diverses époques de la maladie; et s'il est vrai de dire que parfois le col de l'utérus est sec, ou ne laisse suinter que quelques filaments muqueux plus ou moins teints de sang, on peut dire également qu'il n'en est ainsi qu'à certains moments, ou à une époque rapprochée du début de la maladie. On observe d'abord un écoulement de matière peu épaisse, légèrement roussâtre, et au bout d'un certain temps l'utérus laisse échapper une plus ou moins grande quantité de matière blanche, opaque, ordinairement peu épaisse, qui augmente principalement à l'approche des règles.

La menstruation est presque constamment, sinon constamment, troublée dans la métrite chronique. Ce sont les signes de la *dysménorrhée* qui caractérisent ce trouble fonctionnel. Dans la très grande majorité des cas, l'abondance des règles est diminuée en même temps que l'écoulement sanguin se fait avec difficulté et douleur, et nous avons vu plus haut que cette affection coïncide quelquefois avec une suppression qui devient graduellement complète, ou qui, plus rarement, s'est produite tout à coup. Parfois néanmoins on voit survenir une *ménorrhagie* plus ou moins abondante. Mais ces pertes sanguines ne sont qu'accidentelles, et après elles se reproduit la dysménorrhée, avec diminution du flux menstruel.

On a dit que la métrite chronique peut s'opposer à la fécondation. C'est un fait qui n'est pas parfaitement démontré et qui demanderait des recherches bien plus précises que celles qui ont été faites sur ce point. Au reste, on est toujours forcé de convenir que, pour que la stérilité soit la conséquence de l'inflammation chronique de l'utérus, il faut que l'affection soit portée à un très haut degré; car les exemples ne sont pas rares où la fécondation a eu lieu chez des femmes qui avaient une métrite chronique avec descente de la matrice.

Peut-on dire que l'inflammation chronique du col de l'utérus oppose un obstacle à l'accouchement? C'est une question qui n'est pas parfaitement résolue. Peut-être l'induration de l'orifice du col est-elle, dans certains cas, une conséquence d'une inflammation dissipée, comme la cartilaginification et l'ossification de cet organe; mais, dans l'état d'inflammation même, la dureté du col ne paraît pas suffisante pour s'opposer à sa dilatation.

La métrite chronique, lorsqu'elle n'est pas portée à un très haut degré, peut exister assez longtemps sans que la santé générale paraisse en souffrir beaucoup, et c'est là ce qui explique comment des femmes ont pu vivre pendant douze ans et plus avec cette maladie bien caractérisée. Ordinairement, néanmoins, on observe des symptômes généraux dignes d'attention. C'est ainsi qu'on voit survenir ces *troubles digestifs* si fréquemment liés aux maladies utérines. L'appétit diminue; il y a parfois du dégoût pour les aliments, des goûts bizarres; il survient des douleurs d'estomac, des symptômes d'entéralgie; en un mot, ces phénomènes qui accompagnent la *leucorrhée*. Ces symptômes sont généralement en rapport, et avec la violence des douleurs, et avec l'abondance de l'écoulement.

Le *vomissement* est quelquefois lié à la métrite chronique; mais si l'on exami-
les observations, on voit que les cas où l'on a constaté l'existence de ce symptô-
peuvent être regardés comme exceptionnels. M. Bennett considère les nausé-
comme un symptôme caractéristique de l'inflammation chronique du *corps*
l'utérus. Selon ce médecin, leur intensité est toujours en rapport avec celle de l
maladie.

C'est lorsque la maladie a atteint un haut degré, qu'on observe la langueur,
pâleur de la face, l'amaigrissement, en un mot tous les signes d'un dépérisseme
continu. On a encore parlé du teint jaune-paille, du marasme, etc.; mais to
porte à croire que dans les cas où l'on a observé ces symptômes, on avait affai
non à une simple métrite, mais à un cancer non encore ulcéré.

Comme dans les autres affections chroniques de l'utérus, on observe différent
troubles nerveux, des névralgies, l'impatience, l'irascibilité, l'insomnie.

[Il est de la plus haute importance de noter ces troubles sympathiques, car
sont quelquefois prédominants et cachent en quelque sorte le mal local. Il faut s
voir descendre de ces symptômes éloignés à la localisation utérine.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les troubles fonctionnels qui peuvent
manifester dans les organes voisins; nous dirons seulement que M. Nonat sig
une *entérite glaireuse*, et qu'il met les hémorrhoïdes et la fissure à l'anus
nombre des conséquences de la métrite chronique.]

La *fièvre* ne se montre ordinairement pas dans le cours de la métrite chroniq
et si on l'observe quelquefois, c'est que, sous une influence quelconque, la mala
a pris le caractère aigu. C'est ce dont on s'assure facilement, car au bout de quel-
ques jours, les signes de métrite chronique persistant, le pouls revient à l'état nor-
mal, et la plupart des signes généraux disparaissent.

Métrite chronique partielle. — Comme pour la métrite aiguë, on a fait plusieur
divisions suivant le siége de la maladie, et l'on a admis une métrite chronique d
col, de la partie antérieure du corps, de la partie postérieure, et de chacune de
parties latérales. Nous n'avons pas pu trouver d'observation convaincante de mé-
trite chronique bornée à une partie limitée du corps de l'organe, et, d'après quel-
ques faits nous sommes porté à croire qu'on a donné comme exemples de métrit
chronique partielle des tumeurs fibreuses de l'utérus. Mais, en eût-on cité quel-
ques cas incontestables, les faits de ce genre n'en seraient pas moins exception-
nels, et ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a que la *métrite chronique du co*
qui intéresse véritablement le praticien.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la métrite interne est continue; mais on observe, à l'époque de
menstrues, des exacerbations de plus ou moins longue durée, et aussi des amélio
rations notables qui, parfois, font espérer une guérison prochaine.

Cette forme de métrite est remarquable par sa longue *durée*. On peut dire d'un
manière générale qu'elle n'a pas de tendance à se terminer par la guérison. Ce
pendant il n'est pas d'exemple authentique de *terminaison* de la métrite chroniqu
par la mort. L'affection, après avoir fait des progrès lents, reste stationnaire; et s
les femmes succombent, c'est à la suite d'une autre maladie. M. Duparcque af

e néanmoins que, si les femmes passent l'âge critique sans accidents trop es, la maladie s'améliore ensuite notablement. C'est encore là un fait qui ien loin d'être invraisemblable ; mais il serait nécessaire que l'observation vînt ontrer son exactitude.

s ossifications, les cartilaginifications que l'on a trouvées quelquefois dans rus, sont-elles, à n'en pas douter, une conséquence de l'inflammation chro-e de cet organe ? A ce sujet, on peut dire ce que nous avons dit des *ossifica-du cœur ;* les cas sont identiques, et l'on n'a fourni, relativement à l'utérus, ne preuve que, sous ce rapport, les choses se passent, dans cet organe, autre-t que dans l'organe central de la circulation.

§ V. — Lésions anatomiques.

s lésions anatomiques de la métrite interne ont été fort peu étudiées. Aussi ossédons-nous sur ce point que des notions très vagues. Les principales alté-ns sont la rougeur plus ou moins obscure, quelquefois ardoisée, surtout lors-la maladie a duré longtemps ; la fermeté des tissus, et en même temps, dans ertain nombre de cas du moins, leur friabilité, c'est-à-dire qu'en perdant leur sion normale ils ne sont pas devenus flasques et mollasses, et qu'au simple tou-ils offrent une certaine résistance, qui n'est qu'apparente, car en pressant l'extrémité du doigt on pénètre facilement dans leur intérieur, ce qui n'a pas dans une matrice saine, dont le tissu a une cohésion bien connue.

ssez fréquemment l'utérus contient une quantité notable de fluides ; cependant uteurs affirment avoir vu le tissu malade sec, et en même temps pâle et déco-. On a trouvé, entre les fibres, une matière fibro-albumineuse plus ou moins crète, que l'on peut parfois exprimer par la pression et le grattage, et qui, ndante dans les premiers temps, finit ensuite par diminuer en se concrétant ntage, et même par passer à l'état de cartilaginification et d'ossification.

homel (1) parle de brides pseudo-membraneuses qui font parfois adhérer le ps de l'utérus aux parties voisines, ce qui, dans certains cas, explique le peu mobilité de l'organe pendant la vie. Le même auteur a vu le col oblitéré par érence immédiate ; mais rien ne prouve que cette adhérence, qui entraîne la ilité, appartienne réellement à la métrite chronique. Il eût fallu, pour mettre ait hors de doute, s'assurer qu'à aucune époque il n'y avait eu d'inflammation ë du col, et surtout de déchirure, d'éraillure considérable de cet organe pen-t l'accouchement, lésions qui auraient laissé après elles l'oblitération dont il git.

I. Bennett (2) a vu plusieurs fois, à la suite de l'inflammation du col, un rétré-ement exister sur un point de la cavité cervicale. Pour ce médecin, « tantôt ce écissement est le résultat d'un épaississement et d'une hypertrophie morbide col, qui a diminué le calibre de la cavité cervicale dans un point qui ne parti-it pas à l'inflammation ; et, à cet égard, il faut se rappeler, dit-il, que l'in-mation de la cavité du col a presque constamment pour résultat d'entraîner ilatation de la portion enflammée de ce conduit ; tantôt le rétrécissement tient

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXX, article *Utérus* (*inflam.*).
(2) *Loc. cit.*

à ce que le mouvement de retrait qui s'opère après la guérison dans la régi enflammée et dilatée a été porté trop loin. » Habituellement ce rétrécisseme n'occasionne pas la stérilité, mais peut devenir la cause de douleurs violentes pe dant les règles ; nous avons indiqué, à l'article *Dysménorrhée*, le traitement emplo par ce médecin pour combattre cet accident.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la métrite chronique peut présenter d'assez grandes difficulté Ce n'est néanmoins qu'avec une seule maladie qu'il est parfois difficile de n pas la confondre, et cette maladie c'est le *cancer commençant* ou *induration squir rheuse de l'utérus.*

On s'accorde à dire que la forme du col tuméfié n'est pas la même dans les de maladies. Dans le cancer commençant on trouve des bosselures irrégulières tr résistantes sous le doigt, d'un volume très variable ; tandis que dans l'inflammati chronique on trouve le col lisse, uniformément développé, et offrant dans tous points une résistance égale. Voilà déjà une première différence qui ne doit pas ê négligée. Nous avons vu néanmoins que, dans quelques cas de métrite chroniq il existe des bosselures manifestes. Mais d'abord ces cas ne sont pas à beaucoup pr les plus ordinaires, et en second lieu les bosselures présentent, ainsi que M. D parcque lui-même a eu soin de le faire remarquer, une disposition particulière, c qui met encore sur la voie du diagnostic.

L'inspection à l'aide du spéculum fournit encore quelques signes différentiel Nous avons vu, en effet, que le col de l'utérus, dans la métrite chronique, est so vent d'un rouge sombre, et que la muqueuse y paraît congestionnée ; or, dans cancer non ulcéré, le col est pâle, blafard, et la muqueuse lisse et polie.

Nous pouvons dire d'avance qu'un des caractères les plus communs et les pl frappants du cancer utérin commençant est de donner lieu à des pertes sanguii souvent très abondantes : c'est ce qui n'a pas lieu dans la métrite chronique, (est surtout remarquable par la *dysménorrhée* qu'elle occasionne.

Un autre caractère de la métrite chronique qui n'a pas été signalé par auteurs, quoiqu'il ait une extrême importance, c'est de durer très longtem jusqu'à dix, douze ans et plus, sans donner lieu aux accidents si graves qui manifestent au bout d'un temps beaucoup moins long, dans les cas de vérita cancer. Le col de l'utérus ne s'ulcère pas, il ne tombe pas en détritus com dans le cancer ; les douleurs restent les mêmes et présentent seulement des e cerbations par intervalles, tandis que dans le cancer il survient, à une certa époque de la maladie, des douleurs plus ou moins violentes que l'on n'avait observées au début. Et enfin le dépérissement, la langueur, la décoloration couleur jaune-paille des tissus, sont bien autrement marqués dans le cas de car même commençant, que dans ceux de métrite chronique très intense et déjà cienne.

Avec ces éléments on peut parvenir au diagnostic, sur lequel, au reste, r reviendrons dans l'article consacré au cancer de l'utérus. On ne saurait tout se dissimuler qu'il ne puisse y avoir des cas où ce diagnostic soit très difficile ; r c'est ce que l'on observe dans un grand nombre de maladies, sans que pour

n se croie autorisé à regarder comme étant de même nature des affections qui, dans la très grande majorité des cas, se montrent avec des caractères très distincts.

Quant aux cas de *cancer ulcéré*, de *polype*, de *névralgie de l'utérus*, ils se distinguent par trop de points de la métrite chronique pour qu'il soit nécessaire d'en présenter le diagnostic.

Les *corps fibreux* de la matrice donnent lieu à des symptômes qui les font ressembler beaucoup à la métrite chronique. On devra considérer dans le diagnostic la situation de la lésion, les corps fibreux occupant ordinairement le col de l'utérus; tandis que la métrite chronique occupe ordinairement le col, soit isolément, soit en même temps que le corps. On ne peut, du reste, mieux comprendre tout ce qu'il reste encore à faire pour donner plus de précision à l'histoire de la maladie qui nous occupe, que lorsqu'il s'agit de son diagnostic.

Pronostic. — Le *pronostic* est sérieux sans être grave. Nous avons, on se le rappelle, écarté, comme terminaison de la maladie, sa dégénération en squirrhe; or, c'est la possibilité de cette dégénération qui seule a pu, aux yeux d'un certain nombre de médecins, faire regarder l'inflammation chronique de l'utérus comme une maladie très grave. Dans tous les cas rapportés par les auteurs, la guérison, ou du moins une amélioration des plus grandes a été la conséquence d'un traitement bien entendu, et lorsque les malades ont succombé, c'est qu'une autre maladie est venue les enlever. Nous allons voir, en parlant du traitement, que la très longue durée de l'affection ne doit pas, dans un bon nombre de cas, rendre le pronostic plus grave. La guérison n'a pas été, en effet, plus difficile à obtenir, dans ces cas, dont les principaux sont rapportés par M. Duparcque.

§ VII. — Traitement.

Emissions sanguines. — Tous les auteurs ont conseillé vivement les émissions sanguines. La *saignée générale* est recommandée si la malade n'est pas trop affaiblie. Dans plusieurs cas même on est revenu à la saignée du bras, à deux, trois et quatre reprises en deux ou trois semaines, et chaque fois il en est résulté un soulagement marqué qui consistait d'abord dans la diminution des douleurs. Lorsque des symptômes de dysménorrhée se produisent aux époques menstruelles, et qu'on s'est assuré qu'ils sont dus à un certain degré de congestion sanguine accidentelle, ce qui est le cas le plus ordinaire, on a recours aux *saignées spoliatives* dont nous avons parlé dans l'article *Dysménorrhée.*

Des *sangsues* en plus ou moins grand nombre sur l'hypogastre, aux aines, à la partie supérieure des cuisses, à l'anus, sont généralement prescrites. Lisfranc (1) regardait l'application des sangsues et des ventouses scarifiées, non-seulement comme peu utile, mais encore comme nuisible dans le plus grand nombre des cas. « Lorsque, dit-il, nous sommes appelés en ville pour voir des femmes affectées de maladies de l'utérus, il est assez rare que l'on n'ait pas eu déjà recours aux annélides; nous interrogeons les malades, et nous apprenons que dix-huit sur vingt ont éprouvé plus de chaleur et plus de douleur à la suite de l'emploi du moyen dont nous nous occupons; que quelquefois même ce moyen a produit des accidents très violents : il est des cas dans lesquels il réussit, mais ce sont des exceptions. »

(1) *Loc. cit.*, p. 713.

Mais il est un mode particulier d'appliquer les sangsues qui mérite que nous nous en occupions, c'est l'application des *sangsues sur le col de l'utérus*. Ce moyen calme comme par enchantement les douleurs sacro-lombaires, les élancements, enfin toutes les sensations pénibles qui sont les compagnes ordinaires des altérations légères ou profondes de la matrice.

Le nombre des sangsues doit être proportionné au degré de prédominance des symptômes inflammatoires et à l'état des forces. Cette saignée directe produit moins de faiblesse, toute proportion gardée, que la saignée générale ; aussi peut-elle être employée dans des cas où celle-ci pourrait être préjudiciable.

[Voici comment on doit, selon M. Nonat (1), procéder à cette application :

« La malade étant couchée sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, un spéculum plein sera introduit suivant les règles ordinaires ; on saisira le col, on le mettra bien à découvert, puis on le nettoiera très soigneusement. Une boule de coton sera portée dans l'ouverture du museau de tanche, afin de la tenir bouchée. Cette précaution est indispensable, si l'on veut empêcher les sangsues de prendre sur le pourtour de l'orifice, où elles déterminent des douleurs si atroces que, parfois, elles provoquent une attaque de nerfs. Les sangsues sont introduites une à une et retenues au fond du spéculum, contre le col, au moyen d'un tampon de charpie ou de coton. On a soin de maintenir le spéculum bien appliqué, pour éviter qu'elles ne s'échappent pas dans le conduit vaginal. Huit à dix sangsues appliquées sur le museau de tanche retirent autant de sang que quinze placées sur la peau ; cela tient probablement à ce qu'elles sont portées directement sur le point hypérémié.

» Les sangsues une fois retirées, l'écoulement de sang qui se fait par les piqûres ne tarde pas à s'arrêter spontanément. Si l'hémorrhagie (2) se prolongeait au delà de plusieurs heures, on aurait recours à l'emploi des hémostatiques usités en pareil cas ; et si les moyens ordinaires échouent, on appliquera avec avantage les serres-fines de Vidal.

» Les piqûres de sangsues se cicatrisent promptement et sans laisser de traces. Nous n'avons pas vu d'ulcérations leur succéder, sauf dans des circonstances exceptionnelles et indépendantes de la métrite chronique. »

Mais ce n'est pas assez d'avoir indiqué le mode d'application des émissions sanguines, il faut encore en formuler les indications, et c'est ce que le même auteur a exposé avec un grand sens pratique.

Selon M. Nonat, la difficulté consiste à distinguer les cas où la saignée locale doit être préférée à la saignée générale, et réciproquement. En général, il faut débuter par une saignée générale ; si elle a produit une amélioration notable il faut y revenir, dans l'état de pléthore ; et, au contraire, dans l'état d'anémie, il convient d'user des saignées locales.

Les saignées générales doivent être répétées deux ou trois fois par mois chez les femmes pléthoriques, et seulement à l'époque de recrudescence des douleurs chez les malades affaiblies ; et dans ces derniers cas il ne faut pas dépasser la dose

(1) *Loc. cit.*, p. 127.

(2) MM. Duparcque et Bennett ont cité des cas d'hémorrhagie qui ont nécessité le tamponnement. Nous invitons les praticiens à ne pas employer le perchlorure de fer, qui produit de violentes douleurs.

[redacted]

de 60 à 90 grammes. Ces saignées ne sont pas *spoliatives*, mais *révulsives*, et elles attirent le sang vers les extrémités supérieures.

La saignée générale, ajoute M. Nonat, est surtout indiquée dans les cas où l'utérus devient le siége, à chaque époque menstruelle, d'une congestion sanguine excessive, et quand il y a métrorrhagie. Si, au contraire, malgré cette congestion, l'écoulement sanguin est diminué, la saignée locale est préférable.]

Pour compléter le *traitement antiphlogistique* dont les saignées et les *sangsues sur le col* constituent le principal moyen, on prescrit les *ventouses sèches*, les *bains prolongés*, simples ou émollients; des *bains de siége* fréquents; les *applications émollientes* sur l'hypogastre et les parties génitales, et même dans l'intérieur du vagin. On les introduit de plusieurs manières : la plus ordinaire est de prescrire des *injections émollientes* ou *narcotiques* (eau de guimauve, de lin, de laitue, de pavot, de jusquiame, de morelle, etc.), que les malades font plusieurs fois par jour, et qui peuvent être pratiquées dans le bain en se servant de l'eau du bain ou du bain de siége. On peut porter un *cataplasme liquide* de farine de graine de lin ou de fécule de pomme de terre dans cette partie, soit à l'aide d'une seringue à canule d'un gros calibre, soit à l'aide du spéculum. Pour que le cataplasme ne s'échappe pas, il faut que la malade soit couchée sur le dos, le bassin plus élevé que le reste du corps. M. Mélier (1) propose de faire prendre de la même manière des *bains du col de l'utérus*, que l'on peut renouveler plusieurs fois par jour. On peut encore imbiber une éponge d'un liquide émollient, et la porter jusqu'au col.

Pendant que l'on soumet les femmes à ce traitement, on les tient à un *régime* assez sévère; proscrivant les alcooliques et recommandant les aliments froids et les boissons froides. Il est essentiel de prescrire le *repos*, et si la chose est possible, le repos au lit. On voit fréquemment l'amélioration déjà obtenue disparaître faute de cette précaution. Lisfranc a néanmoins vu des malades qu'un repos trop prolongé irritait beaucoup, et auxquelles il fallait permettre un assez grand exercice. C'est au médecin à reconnaître la conduite qu'il doit tenir selon les cas.

Suivant M. Mélier, il est bon de ne pas s'en tenir à ces applications émollientes et de faire des *pansements* journaliers avec des tampons de charpie enduits de diverses pommades. Il conseille principalement la pommade suivante :

℞ Cérat .... 30 gram.	Extrait d'opium .... 2 gram.
Extrait de ciguë .... 2 à 4 gram.	

Mêlez.

Après les bains du col, le même praticien est dans l'usage de porter sur cette partie de l'organe un tampon de charpie fine imbibée du liquide qui a servi au bain, ou bien un plumasseau de charpie enduite de cérat frais, simple, opiacé, ou saturné, selon qu'il s'agit d'abattre l'inflammation, de calmer les douleurs, ou de chercher à opérer la résolution de l'engorgement.

Pour faire ces pansements, M. Mélier se sert du spéculum plein, dans lequel il place de champ le plumasseau enduit du médicament, qu'on pousse ensuite doucement jusqu'au col à l'aide d'un mandrin qui remplit l'instrument. On arrive facile-

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 344.

ment au même résultat en se servant de toute espèce de spéculum, et en appliquant la charpie sur le col à l'aide de longues pinces.

Quelques auteurs ont proposé d'introduire un *fragment de glace* dans le vagin. Lisfranc, qui a expérimenté ce moyen, l'a toujours vu être très désagréable pour les femmes, et aggraver les accidents plutôt que de les dissiper.

Au traitement topique qui vient d'être exposé on joint ordinairement un traitement interne qui varie beaucoup suivant les auteurs.

[*Vésicatoires.* — Ces moyens topiques ont souvent pour effet d'augmenter l'inflammation existante; ils ne conviennent qu'après les saignées. Il faut les employer seulement pour combattre les douleurs, et, dans tous les cas, il ne convient pas de les appliquer en permanence; on doit souvent les faire servir à l'absorption de *chlorhydrate* ou de *sulfate de morphine*.

Cautérisation transcurrente. — Lorsque des douleurs vives et permanentes survivent à la métrite, M. Nonat (1) emploie la cautérisation transcurrente, mais à la condition expresse que tout élément inflammatoire ait disparu. Ces cautérisations s'appliquent au niveau des points douloureux, tels que la région des lombes, du sacrum, celle des fosses iliaques, etc. On emploie un cautère cylindro-conique dont l'extrémité est un peu convexe et taillée en lame de couteau émoussée. On les chauffe au rouge-blanc, et on les passe rapidement sur les points douloureux en effleurant l'épiderme de manière à produire une traînée rougeâtre, qui ne laisse point de cicatrice.]

Vomitifs, purgatifs. — Les vomitifs n'ont pas été fréquemment administrés contre la métrite chronique. Cependant M. Bayle (2), d'après M. Mériadec Laennec, a rapporté un cas en faveur de l'*émétique à haute dose*. Mais cette observation, dont nous avons déjà dit un mot à propos de la métrite aiguë, manque de détails. M. Trousseau vante l'action de l'ipécacuanha dans la *métrite subaiguë*, mais il s'agit, dans les faits qu'il a observés, de l'état puerpéral.

M. Duparcque a administré l'*émétique en frictions*, et ce mode d'administration mérite d'être mentionné avec quelques détails :

L'ÉMÉTIQUE EN FRICTIONS.

« Je fais, dit-il, incorporer une partie d'émétique dans 8 d'axonge non lavée :

℞ Axonge non lavée......... 30 gram. | Émétique................. 4 gram.

Mêlez.

» On prend, pour chaque friction, la valeur de *deux grammes* de cette pommade. Une première friction est faite à la partie interne d'une jambe. *Le soir même*, une seconde friction à l'autre jambe. Le *second jour*, frictions aux cuisses, une le matin, l'autre le soir. Le *troisième jour*, on frictionne également les deux bras alternativement; puis les côtés du thorax, le *quatrième jour*. *On recommence ensuite dans le même ordre.*

» On doit frotter avec la paume de la main, largement, légèrement et long-

(1) *Loc. cit.*, p. 170.
(2) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 296.

emps. Si quelques pustules se montrent sur une partie, on cesse d'y appliquer l'autres frictions; car ce n'est pas pour déterminer une éruption, comme on le ait ordinairement, que je les emploie, mais pour faire pénétrer le médicament par l'absorption; ce n'est pas une action dérivative externe, mais une action altérante interne que je me propose d'exciter.

« Si l'on n'aperçoit aucun résultat après avoir employé de cette manière la valeur de 15 à 30 grammes d'émétique, il faut cesser l'application. Je ferai observer qu'aucune des malades soumises à cette médication n'offrit de phénomènes indiquant que le tartre stibié ainsi administré ait porté son action sur les voies digestives. »

Parmi les *purgatifs* on choisit ordinairement ceux qui ne provoquent pas une grande irritation dans l'intestin, ou, en d'autres termes, les *laxatifs*. L'*eau de Sedlitz*, l'*huile de ricin* ou d'*épurge* à doses modérées; les sels de *soude* et de *magnésie* remplissent cette indication. Ces moyens, du reste, ne doivent être considérés que comme des adjuvants. Dans aucun cas ils n'ont été administrés seuls.

Narcotiques à l'intérieur. — Les narcotiques ne sont guère administrés à l'intérieur que dans les cas où les douleurs sont vives, et surtout lorsqu'il survient des symptômes de *dysménorrhée.* Il faut faire une exception pour la *ciguë*, qui, d'après plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Lisfranc, Récamier et M. Duparcque, aurait procuré la guérison, non-seulement de plusieurs métrites chroniques, mais encore de véritables *squirrhes de l'utérus!*

Lisfranc conseillait de donner la *poudre de ciguë* à la dose de *cinq centigrammes* que l'on double au bout de quinze jours en augmentant successivement jusqu'à 15 et 20 centigrammes. Suivant M. Duparcque, l'extrait a autant d'efficacité, et n'a pas, comme la poudre, l'inconvénient d'occasionner le dévoiement et un sentiment désagréable à la gorge. Mais il importe de donner l'*extrait préparé à froid*, en faisant traverser le suc de la plante par un courant d'eau continu.

Les autres narcotiques, comme l'*opium*, les sels de *morphine*, la *belladone*, le *datura*, ne sont administrés que pour calmer les douleurs. Un des modes d'administration de l'opium les plus recommandés, est l'emploi de *lavements laudanisés* plus ou moins réitérés.

Il faut, avec M. Duparcque, passer sous silence l'*acide hydrocyanique* dont l'action est très contestable, parce que ce médicament dangereux ne doit être conseillé que dans les cas où l'expérience en a bien démontré l'utilité.

Nous en dirons autant de l'*arsenic*. Il faudrait, pour que l'on pût avoir quelque confiance dans ce médicament, que des faits bien détaillés nous en fissent connaître l'action presque jour par jour.

Anesthésiques. — Nous renvoyons pour l'emploi de ces moyens (chloroforme, acide carbonique), à ce que nous en avons dit à l'article *Dysménorrhée* (voy. p. 79).

Résolutifs, fondants, désobstruants. — Cette médication est suivie dans tous les cas où l'on a constaté l'existence de l'engorgement d'un viscère quelconque. Parmi les moyens de ce genre, ceux généralement employés, sont les *boissons alcalines* et les *bains alcalins*. L'*eau de Vichy*, de *Néris*, de *Carlsbad*, d'*Ems*, etc. (1), est prescrite en boisson, et tous les jours on fait prendre aux malades un bain d'eau

(1) Voyez ces stations thermales dans le *Dictionnaire des eaux minérales et d'hydrologie médicale*, par Durand-Fardel, Le Bret et Lefort. Paris, 1860.

[redacted]

alcaline naturelle, ou un bain d'eau simple auquel on ajoute *deux ou trois cents grammes de carbonate de soude.*

Mercuriaux. — Les mercuriaux sont également employés dans le but de résoudre l'engorgement. Le *calomel*, les *pilules d'onguent mercuriel*, les *frictions mercurielles* sur les membres, l'application de la *pommade mercurielle* sur le col de l'utérus ont été fréquemment mis en usage.

Iodures. — Celui de *potassium* peut être prescrit de la manière suivante :

℞ Infusion de saponaire.... 500 gram. | Iodure de potassium....... 5 gram.

Dissolvez. Dose : matin et soir, une ou deux cuillerées à bouche de cette solution dans une tasse de décoction de salsepareille.

« Dans le cas de contre-indication par les voies digestives, on administre, dit M. Duparcque (1), les préparations d'iode par la méthode iatraleptique, c'est-à-dire *en frictions*. On se sert pour cela de l'*hydriodate de potasse*, des *iodures de soufre*, de *plomb*, de *mercure*, auxquels on donne la forme de pommade en les incorporant à l'axonge. Les proportions sont de *quatre grammes de médicament par trente grammes d'axonge*. On augmente l'action résolutive de la pommade en y ajoutant quelques centigrammes d'iode (de 0,20 à 0,40). »

Préparations d'or. — Nous retrouvons encore ici les préparations d'or recommandées comme l'iode dans les cas où l'on peut attribuer la maladie au vice scrofuleux.

Révulsifs, dérivatifs. — Les révulsifs sont placés au nombre des moyens les plus actifs contre la métrite chronique.

La *pommade stibiée*, un *emplâtre de poix de Bourgogne* saupoudré ou non d'émétique, les frictions avec l'*huile de croton*, avec un *liniment ammoniacal*, avec la *teinture de myrrhe* ou d'*aloès*, sont également employés dans le but d'exciter plus ou moins violemment la peau ; mais rien ne prouve que ces moyens, dont quelques-uns sont très douloureux quand on les emploie activement, soient autre chose que de simples adjuvants.

On peut rapprocher de ces moyens les *irrigations*, les *douches* sur le col de l'utérus, sur le bassin, sur les cuisses, avec différents liquides excitants.

M. le docteur Fleury (2) a obtenu la guérison d'engorgements anciens et indurés à l'aide de *douches froides*.

[*Cautérisation intra-utérine.* —Tous les moyens précédents peuvent rester sans efficacité, et il est absolument urgent d'agir directement sur les points malades. Cette nécessité a fait imaginer la cautérisation intra-utérine. En effet, la congestion utérine peut être dissipée par les saignées, les révulsifs, etc., mais non pas toujours les altérations de la muqueuse du corps ou du col de l'organe.

Lorsqu'on est décidé à agir ainsi sans intermédiaire, il faut pratiquer d'abord le *cathétérisme de l'utérus* comme procédé d'exploration (Nonat). Cette opération préliminaire a pour but de préparer les voies et de s'assurer de la sensibilité des parties. Ensuite on peut cautériser de diverses manières. L'introduction et le sé-

(1) *Loc. cit.*, p. 307.
(2) *Séances de l'Académie des sciences*, 12 mars 1849.

jour prolongé d'un crayon de *nitrate d'argent* dans le col de l'utérus produisen souvent des douleurs et des coliques et amènent le rétrécissement du col. M. Nona préfère en conséquence la cautérisation avec la solutioon de nitrate d'argent o avec le nitrate acide de mercure.

Dans l'intérieur même de l'utérus on peut pratiquer sans crainte la cautérisatio avec le nitrate d'argent solide, mais introduit à l'aide d'un porte-caustique ana logue à celui que Lallemand employait pour l'urèthre. On doit retourner l'instru ment dans l'utérus et ne pas prolonger le contact au delà de deux minutes. Le caustiques liquides sont portés avec l'aide d'un pinceau. On a proposé de substi tuer des *crayons de tannin* aux caustiques précédents.]

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émollients, délayants; narcotiques à l'extérieur; bains du col de l'utérus, pansements avec des pommades narcotiques; injections; cataplasmes sur le bassin, dans le vagin; glace dans le vagin; purgatifs, émétique par absorption; narcotiques à l'intérieur; résolutifs, fondants, désobstruants; mercuriaux, iode, or; révulsifs, dérivatifs; injections dans la cavité utérine, cautérisation de cette cavité.

ARTICLE X.

FONGOSITÉS INTRA-UTÉRINES.

[La description de cette affection est toute moderne, et nous la présentons ic comme une sorte d'appendice à la métrite interne.

Récamier (1) a le premier indiqué ces fongosités; en inventant la *curette intra-utérine*, il témoignait de la connaissance qu'il en avait, mais il ne les a décrite nulle part avec précision. Après lui, M. A. Robert (2) pratiqua l'*abrasion* de fongosités utérines, M. Ch. Robin (3) en donna ensuite une description; mais les seul travaux importants que nous connaissions sur ce sujet sont ceux de M. Rouyer (4) et de M. Goldschmidt (5). Après ces auteurs, MM. Nonat, Aran, Becquerel ont aussi parlé des fongosités utérines. Nous empruntons, principalement à MM. Rouyer et Goldschmidt, les détails qui vont suivre.

Plusieurs médecins ont nié l'existence des fongosités utérines, et voici en particulier l'opinion de M. Lebert (6) :

« J'ai entendu dire à des praticiens fort distingués, tels que MM. Nélaton e Robert, que cette opération (l'abrasion) avait eu plus d'une fois entre leurs main

(1) *Recherches sur les maladies vaginales et utérines, etc.* Note lue à l'Académie de médecine les 7 février et 14 mars 1843. — *Mémoire sur les productions fibreuses et fongueuses intra-utérines (Union médicale*, 1er, 4, 6 et 8 juin 1850).

(2) *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXI, p. 344. — Thèse citée *sur les granulations du col de l'utérus*, 1848.

(3) *Archives générales de médecine*, 1847 t. XVII.

(4) *Etude clinique sur les fongosités de la muqueuse utérine* (thèse inaugurale. Paris 26 août 1858.

(5) *Des fongosités de la cavité de l'utérus*, thèse inaugurale. Strasbourg, 21 janvier 1859

(6) *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1860, in-folio, t. II, p. 482.

Le *vomissement* est quelquefois lié à la métrite chronique ; mais si l'on examine les observations, on voit que les cas où l'on a constaté l'existence de ce symptôme peuvent être regardés comme exceptionnels. M. Bennett considère les nausées comme un symptôme caractéristique de l'inflammation chronique du *corps* de l'utérus. Selon ce médecin, leur intensité est toujours en rapport avec celle de la maladie.

C'est lorsque la maladie a atteint un haut degré, qu'on observe la langueur, la pâleur de la face, l'amaigrissement, en un mot tous les signes d'un dépérissement continu. On a encore parlé du teint jaune-paille, du marasme, etc. ; mais tout porte à croire que dans les cas où l'on a observé ces symptômes, on avait affaire, non à une simple métrite, mais à un cancer non encore ulcéré.

Comme dans les autres affections chroniques de l'utérus, on observe différents *troubles nerveux*, des névralgies, l'impatience, l'irascibilité, l'insomnie.

[Il est de la plus haute importance de noter ces troubles sympathiques, car ils sont quelquefois prédominants et cachent en quelque sorte le mal local. Il faut savoir descendre de ces symptômes éloignés à la localisation utérine.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les troubles fonctionnels qui peuvent se manifester dans les organes voisins ; nous dirons seulement que M. Nonat signale une *entérite glaireuse*, et qu'il met les hémorrhoïdes et la fissure à l'anus au nombre des conséquences de la métrite chronique.]

La *fièvre* ne se montre ordinairement pas dans le cours de la métrite chronique, et si on l'observe quelquefois, c'est que, sous une influence quelconque, la maladie a pris le caractère aigu. C'est ce dont on s'assure facilement, car au bout de quelques jours, les signes de métrite chronique persistant, le pouls revient à l'état normal, et la plupart des signes généraux disparaissent.

Métrite chronique partielle. — Comme pour la métrite aiguë, on a fait plusieurs divisions suivant le siége de la maladie, et l'on a admis une métrite chronique du col, de la partie antérieure du corps, de la partie postérieure, et de chacune des parties latérales. Nous n'avons pas pu trouver d'observation convaincante de métrite chronique bornée à une partie limitée du corps de l'organe, et, d'après quelques faits nous sommes porté à croire qu'on a donné comme exemples de métrite chronique partielle des tumeurs fibreuses de l'utérus. Mais, en eût-on cité quelques cas incontestables, les faits de ce genre n'en seraient pas moins exceptionnels, et ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a que la *métrite chronique du col* qui intéresse véritablement le praticien.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la métrite interne est continue ; mais on observe, à l'époque des menstrues, des exacerbations de plus ou moins longue durée, et aussi des améliorations notables qui, parfois, font espérer une guérison prochaine.

Cette forme de métrite est remarquable par sa longue *durée*. On peut dire d'une manière générale qu'elle n'a pas de tendance à se terminer par la guérison. Cependant il n'est pas d'exemple authentique de *terminaison* de la métrite chronique par la mort. L'affection, après avoir fait des progrès lents, reste stationnaire ; et si *les femmes succombent*, c'est à la suite d'une autre maladie. M. Duparcque af-

[redacted]

blant assez bien à de petits grains de groseille, opaques ou transparents, et, dans ce dernier cas, jaunâtres comme de petits polypes vésiculaires; ou rosés, rouges même. Sous la muqueuse on trouve quelquefois de petits caillots sanguins, comme apoplectiques, mais beaucoup plus souvent de petites masses à surface spongieuse, violacées, semblables à du tissu placentaire, contenant dans leur intérieur une sorte de noyau central, mal limité, plus dur, que l'on sent bien surtout en les pressant entre le pouce et l'index.

» Je viens de parler à l'instant de petits grains, un peu pédiculés, formant une saillie très prononcée sous la muqueuse. Dans certains cas ils ne sont rattachés à la muqueuse que par un petit pédicule mince, et ressemblent alors tout à fait aux polypes vésiculaires que l'on extrait souvent des fosses nasales. Ces polypes sont implantés alors sur la muqueuse vascularisée que nous avons décrite plus haut.

» Il est enfin une autre disposition de granulations que l'on rencontre sur la muqueuse vascularisée, ce sont de petits grains, comme des têtes d'épingle qui, se trouvent sous la face libre de la muqueuse, et lui donnent un aspect chagriné. Quelquefois ils atteignent la grosseur d'une graine de chènevis ou même d'un petit pois, et ressemblent alors à l'état que nous avons décrit plus haut, si ce n'est que, dans ce dernier cas, ils sont plus abondants et plus régulièrement disséminés. Ces granulations sont assez consistantes et présentent à la coupe une couleur blanchâtre; elles ressemblent parfaitement à de petits grains glandulaires.

» Les fongosités de l'utérus peuvent aussi s'observer dans la cavité du col; certains médecins admettent qu'on les rencontre fréquemment dans le col, tandis qu'elles sont très rares dans la cavité du corps ou ne s'y rencontrent jamais. Je crois au contraire qu'elles sont extrêmement rares dans la cavité du col exclusivement.... Quelques observateurs, et notamment M. A. Robert et M. Richet, ont pensé que les fongosités se développent peut-être de préférence sur les points de la cavité utérine qui ont été le siége de l'implantation du placenta pendant la grossesse. Je pense qu'il est difficile de se rendre un compte exact de cette opinion. »

Ici nous devons faire remarquer que le plus grand nombre des descriptions anatomiques ont été données d'après les fragments retirés de l'utérus, à l'aide de la curette de Récamier; et que c'est l'absence d'examen direct qui a pu faire élever des doutes sur la nature, le siége et même l'existence des fongosités intra-utérines. Mais il nous semble que le doute n'est plus permis depuis que l'on a donné des observations recueillies sur le cadavre. M. Richet (1) en a trouvé sept ou huit exemples sur une centaine d'autopsies de femmes mortes à Lourcine, pendant le choléra de 1849. M. Nélaton, à la même époque, et dans des circonstances analogues, en a rencontré aussi des exemples à l'hôpital Saint-Antoine. M. Robert en a vu également sur le cadavre. M. Ferrier (2) a décrit quelques pièces anatomiques : dans un cas, sur la partie postérieure de la cavité utérine, au niveau des trompes, il existait une masse fongueuse, pulpeuse, rougeâtre, framboisée, sans forme déterminée; cette masse se laissait facilement enlever avec les doigts; dans un autre cas, à la partie postérieure et sur la ligne médiane de la face interne du corps

(1) *Société de chirurgie*, 24 janvier 1855.

(2) *Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice, etc.*, thèse *Paris, 20 mai 1854.*

[redacted]

de l'utérus, on voyait une végétation d'une forme aplatie, d'une couleur rosée, d'une consistance molle, s'insérant sur la muqueuse par un pédicule étalé.

Mais c'est surtout à M. Goldschmidt que nous devons le plus grand nombre de descriptions de fongosités observées sur le cadavre ; les dessins joints à sa thèse, bien qu'incorrects, ne peuvent cependant laisser aucun doute sur la réalité de l'affection. Le fait suivant, extrait de cette thèse, nous paraît suffire comme description générale. Chez une femme âgée de soixante-deux ans, morte de métro-péritonite, on trouva une tumeur fongueuse jaunâtre, très vasculaire, d'un rouge vif en quelques points, insérée par une large base sur toute l'étendue du fond et sur une partie de la surface postérieure de la cavité utérine, et présentant les caractères suivants : production fongueuse molle, se laissant assez facilement entamer par l'ongle, divisée en deux lobes inégaux qui offrent à leurs extrémités libres un certain nombre de lobules moulés les uns sur les autres et aplatis sur les côtés, lobules d'un rouge brun, qui ont été le siége d'hémorrhagies abondantes et presque continues vers la fin de la vie ; accumulation de matières fétides entre la tumeur et la cavité utérine. Les autres descriptions, au nombre de onze, tracées par M. Goldschmidt, d'après des pièces recueillies par M. Kœberlé, chef des travaux anatomiques et agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, et par M. le professeur Stoltz, diffèrent peu de la précédente.

Quant à la nature intime de ces productions, les auteurs sont tous d'accord. C'est une hypertrophie de la muqueuse utérine, avec addition de produits fibro-plastiques. Nous renvoyons, pour cette description qui intéresse peu le praticien, aux observations microscopiques de MM. Ch. Robin (1), Lebert (2), Ferrier (3), Rouyer, Goldschmidt, etc.

Maintenant il nous semble qu'après toutes les descriptions qui ont été publiées, il est impossible de nier l'existence des fongosités utérines.

Que l'on dise, avec M. P. Dubois et avec M. Lebert, que la curette ne ramène que des lambeaux de muqueuse utérine, nous en convenons, mais ce sont des portions modifiées, hypertrophiées; et M. Lebert en convient aussi lui-même, en disant que dans l'utérus normal il n'est pas aisé de voir les glandules utriculaires de la muqueuse, mais qu'il les a beaucoup mieux étudiées dans les *prétendues* végétations qu'on retire avec la curette utérine.

§ II. — Causes.

Age. — On ne trouve point, dit M. Goldschmidt, de fongosités avant la puberté ; les malades les plus jeunes sont comprises entre vingt et vingt-cinq ans ; à dater de cet âge, les fongosités apparaissent à toutes les époques de la vie et elles survivent à l'âge critique. Le tableau suivant, dressé par cet auteur, indique la fréquence des cas où l'origine du mal paraît avoir été constatée avec une certaine précision :

(1) *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et physique de la muqueu e utérine* (*Arch. gén. de méd.*, 1848, t. XVII).
(2) Thèse de M. Juteau. Paris, 1850.
(3) *Des fongonsités utérines, etc.*, thèse (Paris, 1854). Cette dissertation est accompagnée *de fort belles planches.*

De 20 à 25 ans	. . . .	5 cas.
25 à 30	. . . .	8
30 à 35	. . . .	3
35 à 40	. . . .	5
40 à 45	. . . .	4
45 à 50	. . . .	3
Au delà de 50	. . . .	2
	Total. . . .	30 cas.

— Selon M. Rouyer, M. Nélaton aurait eu occasion d'observer plu-
s fongosités utérines chez des femmes dont les mères avaient présenté
es de la même affection.
: *antérieures*. — On doit remarquer que les fongosités se sont pres-
; développées chez des femmes qui avaient eu des enfants; le tableau
posé par M. Goldschmidt sur le plan donné par M. Rouyer, mais avec
d nombre de faits, donnera une idée de l'influence de la grossesse :

nes n'ayant pas eu de grossesse	. . . .	2 cas.
ayant eu des avortements.	. . . .	5
— un accouchement	. . . .	12
— deux —	. . . . . .	5
— trois —	. . . . . .	6
— des couches laborieuses	. . . .	6
Total.	. . . .	36 cas.

ce total doit se réduire à 25, parce que 9 femmes figurent en même
es trois catégories d'avortements, d'accouchements et de couches la-

a remarqué que chez toutes les malades dont il avait pu recueillir
ccouchement ne remontait pas au delà de deux ans.
t les seules notions que l'on possède sur l'étiologie des fongosités uté-
l nous semble évident qu'elles témoignent de l'influence d'une métrite
ir leur développement.

§ III. — Symptômes.

s qui ont décrit avec le plus de soin les fongosités intra-utérines, leur
ıs les symptômes observés chez les malades, tels que : dérangements
:ruation, pesanteur dans le bassin, tiraillements dans les lombes, les
aines, points douloureux au sacrum, dans les fosses iliaques, au
Mais il nous semble que l'on s'est abusé à cet égard ; ces symptômes
; à toutes les maladies utérines; ils dépendent de la congestion de
: retentissement de ses lésions vers les nerfs; ils appartiennent bien
trite qui a déterminé les fongosités qu'aux fongosités elles-mêmes ;
servent, à notre sens, qu'à attirer l'attention du côté de l'utérus
'à établir le *diagnostic des fongosités*.

Mais nous noterons les deux seuls symptômes qui semblent avoir de l'importance, savoir, les *douleurs* et les *hémorrhagies*.

Les *douleurs* sont rarement vives; elles sont sourdes, irrégulières, intermittentes, et elles reviennent de préférence aux époques menstruelles ou après cette époque (A. Robert); elles affectent souvent le caractère de *douleurs d'expulsion*, semblables à celles que nous avons décrites dans la dysménorrhée avec décollement de la muqueuse utérine.

Ce sont surtout les *hémorrhagies* qui caractérisent les fongosités, et cela ne doit pas étonner, car, en somme, les fongosités ne sont que des bourgeons vasculaires semblables à ceux des vésicatoires ou des plaies en suppuration; et l'on sait combien il faut peu de chose pour faire saigner ces bourgeons. Aussi ces écoulements de sang sont presque continus, et ils amènent un rapide dépérissement que l'on attribue mal à propos aux fongosités elles-mêmes.

Quant aux écoulements blancs, nous n'en parlerons pas, car ils résultent plutôt de la métrite interne que des végétations elles-mêmes.

On a considéré comme *Complications* les granulations du col, l'augmentation du corps de l'utérus, le ramollissement du tissu de cet organe, l'agrandissement de sa cavité, les flexions, versions, etc. Mais ce sont aussi, selon nous, des résultats de la métrite dont les fongosités ne sont également que des éléments anatomiques.

§ IV. — Marche, durée terminaison de la maladie.

Il est probable que les fongosités utérines ne tendent pas à la guérison spontanée, car on en a observé chez des femmes de plus de soixante et dix ans, et il est probable qu'elles s'étaient développées pendant la période génitale. Mais peut-être doit-on penser qu'à l'époque de la ménopause, les hémorrhagies tendent à se supprimer d'elles-mêmes, les congestions menstruelles ayant cessé; alors les fongosités pourraient persister à titre de lésion anatomique et de stigmates d'une métrite guérie, mais sans donner lieu désormais à aucun symptôme sérieux.

Si ce mode de terminaison est possible, il n'en faut pas moins convenir que, dans la plupart des cas, les malades dépérissent, s'épuisent par les hémorrhagies continues et répétées, et qu'elles finissent par présenter tous les caractères de la chloro-anémie. Rien ne répugne même à admettre que la mort puisse en être la conséquence, mais on n'en a pas encore observé d'exemples.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* se confond en quelque sorte avec la thérapeutique. En effet, c'est par l'introduction de la curette utérine que l'on peut avoir la démonstration de l'existence de l'affection. Si, chez une femme qui a une métrorrhagie, la sonde utérine ou la curette fait reconnaître l'agrandissement de la cavité utérine, l'absence de polypes; et, si elle ramène facilement des lambeaux de muqueuse où l'on aperçoive les glandes utriculaires, le diagnostic sera établi. Les *polypes* et les corps fibreux volumineux donnent au corps de l'utérus un développement proportionnel, et finissent par effacer et entr'ouvrir le col. Le *cancer* se reconnaît à son *écoulement* sanieux. Une *grossesse commençante avec menace d'avortement* déter-

[redacted]

...ine du côté de l'estomac et des mamelles, des phénomènes sympathiques qui n'existent pas ici; et de plus les progrès de la grossesse elle-même lèvent bientôt tous les doutes.

Nous avons dit que la terminaison par la mort n'est pas à craindre, mais cependant le *pronostic* est sérieux, en ce sens que jusqu'à la ménopause on ne doit pas espérer une guérison spontanée, et que, d'ailleurs, les malades peuvent tomber dans un grand état d'épuisement. Alors les lésions préexistantes peuvent devenir prédominantes et entraîner la mort; ainsi, dans plusieurs cas (Rouyer, Goldschmidt), les malades ont succombé à des métro-péritonites et à des suppurations des ovaires.

Enfin lorsque le diagnostic est établi, le médecin est d'autant plus disposé à porter un pronostic favorable et à rassurer la malade, qu'il peut lui faire espérer une guérison radicale.

§ VI. — Traitement.

Contre une lésion aussi complétement anatomique, il est évident qu'on ne peut mettre en usage que des moyens chirurgicaux; aussi ne comprenons-nous pas que quelques médecins repoussent l'emploi de la curette utérine, lorsque la maladie compromet la santé de la femme et lorsqu'il n'y a manifestement pas d'autre moyen de guérison ou de soulagement à lui présenter. Il est bien entendu, d'ailleurs, que nous ne parlons que de l'usage prudent et non de l'abus de ce moyen; il ne faut l'employer que dans des cas relativement sérieux, et quand on s'est assuré qu'il n'y a ni ramollissement des parois de l'utérus, ni flexion de cet organe, auxquels cas on est exposé à produire des perforations. Il faut aussi imiter la réserve de M. Nélaton (Rouyer) qui se défendit de pratiquer cette opération dans un cas où des douleurs abdominales vives témoignaient de l'existence d'une inflammation aiguë des viscères pelviens; la malade mourut quelques jours après, sans avoir été opérée, et en présentant les symptômes d'une péritonite très intense.

Ainsi donc, d'accord avec M. Rouyer, et contre l'opinion de Scanzoni, nous croyons qu'il faut avoir recours à l'*abrasion* des fongosités à l'aide de la *curette utérine*. On sait que Récamier a, le premier, inventé et la méthode et l'instrument, et que presque tous les médecins et chirurgiens modernes ont pratiqué l'abrasion avec succès; nous citerons surtout MM. Trousseau, Nélaton, A. Robert, Follin, Malgaigne, etc.

De l'abrasion des fongosités utérines.— Nous empruntons à M. Rouyer la description de cette opération :

« La *curette utérine* est disposée de la manière suivante : près de l'extrémité mousse d'une tige de fer grosse comme une plume à écrire ou un peu plus, il existe, dans une longueur de 6 centimètres environ, une gouttière assez profonde, large de 5 millimètres à peu près, rappelant, mais avec des dimensions plus considérables, la disposition des porte-caustique uréthraux. L'instrument, rectiligne dans sa direction générale, décrit près de son extrémité une courbure dont la gouttière occupe la concavité. Une rainure semblable existe à chaque extrémité, et il serait utile que la courbure ne fût pas la même à chaque bout de la tige; nous allons voir pourquoi. Les bords de ces gouttières de l'instrument

[redacted]

doivent être *mousses*, et non tranchants comme on pourrait le supposer, car tissu est mou, friable, facile à entamer.

» L'instrument étant introduit avec précaution et lentement dans l'utérus, lui imprime quelques mouvements de *rotation sur son axe;* les bords de la gt tière entament la muqueuse qui se loge dans la petite cavité linéaire, et la r plit au bout de deux ou trois tours. On retire alors l'instrument avec précaut

» Voici maintenant quelques détails qu'il est bon de connaître pour pouvoi faire l'application à quelques cas particuliers. Il peut arriver qu'on renco quelque difficulté au moment où l'extrémité de la curette utérine arrive pr l'orifice cervico-utérin ou orifice interne; cela paraît dû à une contraction : modique, car il suffit généralement d'essayer plusieurs fois sans violence, e parvient ainsi à pénétrer dans la cavité du corps de l'utérus.

» Le diagnostic aura fait reconnaître s'il existe un changement dans la (tion ou dans la forme de l'utérus; s'il y avait une incurvation antérieure ou térieure, il ne faudrait pas imprimer à la curette des mouvements de rotati elle-même, car son extrémité utérine décrirait un arc de cercle beaucou considérable et déchirerait les parois de l'utérus. On se contentera alors d'imp de légers mouvements de latéralité à la curette, en grattant la surface inte l'utérus; on pourra se servir d'instruments dont la courbure sera appropriée de l'organe.

» Dans ces cas, comme d'ailleurs lorsque la matrice est dans sa direction no il faut agir lentement; il faut que l'instrument soit conduit sans violence cherche à triompher d'aucune résistance.

» Pour pouvoir conduire et diriger la curette dans la cavité utérine, on vira du spéculum bivalve, l'instrument pouvant passer dans l'intervalle qui les deux valves, et être ainsi amené dans l'axe de la cavité utérine, co qu'on ne pourrait réaliser avec les spéculums pleins.

» Les suites immédiates de l'opération sont simples dans presque tous le il en résulte une douleur généralement peu intense, qui persiste penda heure ou deux, quelquefois plus, mais qui disparaît pendant la nuit q l'abrasion. On conseille à la malade de garder le repos pendant les quelque qui suivent l'opération. »

Comme on le voit, l'auteur a prévu les cas de flexions de l'utérus et indi précautions qu'elles réclament dans le manuel opératoire.

Il faut maintenant se demander si plusieurs abrasions sont nécessai conduite à tenir à cet égard résulte évidemment des suites de l'opération. Q malades ont été guéries après une seule opération; chez d'autres il a été né de réitérer l'abrasion; enfin, plusieurs médecins ont employé simultané cautérisation intra-utérine. M. Goldschmidt résume, dans le tableau s le nombre des cas qui n'ont demandé qu'une opération ou qui en ont exig sieurs :

Une abrasion sans cautérisation.	10 cas.
Deux ou plusieurs abrasions sans cautérisation . . .	2
Une abrasion suivie de cautérisation.	4
Deux ou plusieurs abrasions suivies de cautérisation.	10
Total. . . .	26 cas.

Nous croyons devoir indiquer seulement le procédé de grattage employé une fois par M. Malgaigne. Ce chirurgien, après avoir abaissé le col jusqu'à la vulve avec des pinces de Museux, *racla* la face interne de l'utérus avec des bistouris courbés sur leur plat. La malade guérit.

Quelques médecins ont proposé de gratter les fongosités avec l'ongle, mais cette opération nécessiterait l'abaissement de l'utérus et la dilatation du col.

Accidents. — « Dans deux cas, dit M. Rouyer, M. Nélaton vit les malades succomber à une péronite des plus intenses; mais le développement de cette inflammation devait être rapporté à une cause indépendante de l'abrasion, ainsi qu'on put constater à l'autopsie. » Et, en effet, dans les deux cas les ovaires étaient convertis en poches purulentes qui s'étaient ouvertes dans la cavité péritonéale.

Quant aux accidents dépendant directement de l'opération, M. Rouyer n'en admet qu'un, la perforation de l'utérus; cette perforation peut survenir sans grande violence dans les manœuvres, ce qui s'explique par le ramollissement du tissu utérin. M. Ad. Richard a signalé à la Société de chirurgie (1855) un cas de ce genre, qui n'eut aucune suite grave.

M. Rouyer nie les cas de mort après l'abrasion, car, dit-il, personne n'a pu citer de chirurgien qui aurait eu ce malheur à déplorer. Depuis la thèse de M. Rouyer (1858), M. Becquerel (1859) (1) a indiqué trois cas où l'abrasion aurait été suivie de métro-péritonite, et l'un d'eux aurait été mortel. Nous ignorons cependant s'il ne s'agit pas des cas cités précédemment.

Récidives. — L'affection peut récidiver, on le comprend facilement; mais, ainsi que le fait remarquer M. Rouyer, il est possible aussi qu'après une seule abrasion les symptômes aient disparu, sans que toutes les fongosités eussent été enlevées, car la curette n'agit que dans une aire très limitée; le retour des hémorrhagies peut dépendre des portions non entièrement enlevées. M. Rouyer cite des cas de récidives observées par M. Nélaton et M. Follin. La guérison définitive ne peut être obtenue que par un grattage plus complet.

Injections. — *Cautérisations.* — Nous ne parlons pas de ces procédés déjà décrits à propos de la métrite interne. Quelques médecins les croient suffisants, mais nous rappellerons qu'ils sont quelquefois dangereux, tandis que l'application de la curette est généralement considérée comme innocente. On peut voir d'ailleurs, dans la thèse de M. Goldschmidt, des cas où les divers hémostatiques et même la cautérisation de la cavité du col de l'utérus étant demeurés impuissants, l'abrasion procura la guérison.]

ARTICLE XI.

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE, ENGORGEMENT DE L'UTERUS.

La question de l'engorgement de l'utérus est essentiellement doctrinale, car elle exige bien plutôt une interprétation qu'une description. Comment décrire en effet un état anatomique considéré par quelques médecins comme problématique. Lisfranc est le premier qui ait insisté sur les engorgements de l'utérus; il se bor-

(1) *Loc. cit.* T. II, p. 193.

nait à en affirmer l'existence, mais il ne cherchait pas à en pénétrer la nature; il ne se préoccupait pas de savoir s'ils étaient d'origine inflammatoire; pour lui un *engorgement* était un *engorgement*, et rien de plus. Évidemment les symptômes que Lisfranc décrivait sous ce nom s'appliquaient bien à des maladies réelles, et s'il est possible d'émettre des doutes sur les opinions de ce chirurgien, ils ne peuvent porter que sur l'interprétation à donner aux cas qu'il appelait engorgements. M. Gendrin (1) leur assigna une nature inflammatoire et rendit service à la thérapeutique en fournissant les indications du traitement. Plus tard, M. Velpeau nia les engorgements du parenchyme utérin, et rapporta les cas décrits par Lisfranc aux diverses déviations ou flexions de l'utérus. Plus récemment, M. Nonat, sans nier un certain nombre de cas d'engorgement, croit que Lisfranc et M. Gendrin s'étaient mépris sur le siége de l'engorgement inflammatoire; pour cet auteur, ce n'est pas le corps de l'utérus qui est affecté, c'est le tissu cellulaire péri-utérin, et, dès lors, l'expression de *phlegmon péri-utérin* devrait remplacer celle d'*engorgement de l'utérus*. Enfin, pour M. Bernutz, les lésions siégeraient dans le péritoine de l'excavation pelvienne et constitueraient une *pelvi-péritonite*.

On ne doit pas s'étonner de cette divergence d'opinions en présence d'une affection rarement mortelle et dont l'examen anatomique ne peut être fait que très rarement.

Si nous voulions nous borner à reproduire les descriptions anatomiques des auteurs, nous dirions, avec M. Nonat, que l'engorgement est caractérisé par une augmentation d'épaisseur des parois de l'utérus, par une consistance plus ferme qu'à l'état normal et une hypérémie manifeste; et, avec MM. Hardy et Béhier (2) par l'épanchement de matière plastique entre les fibres utérines. Mais ces caractères nous semblent être si essentiellement théoriques, que nous préférons les remplacer par la simple indication d'un cas particulier cité par M. Depaul (3) d'après Frédéric Bird. Une femme de trente-sept ans, ayant succombé à une métrite chronique, on trouva que le fond de l'utérus avait trois fois son épaisseur normale; un abcès développé dans la paroi postérieure s'ouvrait par un trajet étroit et court dans le rectum; il ne communiquait pas avec la cavité utérine.

Si l'on a pu nier les engorgements de la totalité de l'utérus, on a nié plus formellement encore les engorgements partiels : ainsi, lorsque l'on rencontre l'épaississement de la paroi postérieure de l'utérus dans la rétroflexion de cet organe, on admet que cet état anatomique résulte de la position déclive de cette paroi. Cela est possible, mais on n'a présenté aucune raison sérieuse pour réfuter l'opinion qui donnerait cet engorgement comme la cause de cette rétroflexion.

Il nous paraît absolument impossible, dans l'état actuel de la science, d'émettre une opinion formelle sur l'engorgement chronique de l'utérus; et par conséquent il nous semble tout aussi inutile de le décrire, car nous pourrions énumérer des symptômes appartenant à toute autre affection. Le seul fait qu'il nous paraisse utile de signaler, c'est que, dans le cas où l'on croirait avoir reconnu un engorgement utérin, le traitement qui lui conviendrait ne différerait pas de celui que l'on applique à la métrite chronique interne.]

(1) *Traité de l'étude anatomique des inflammations*. Paris, 1826.
(2) *Traité élémentaire de pathologie interne*. Paris, 1855, t. III, p. 58.
(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1854, t. XIX, p. 628.

ARTICLE XII.

HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS.

[Sous cette dénomination on ne doit entendre que les cas où il y a augmentation de la masse des fibres musculaires et du système vasculaire des parois utérines (Scanzoni, *loc. cit.*, p. 66); l'addition de produits plastiques témoignerait d'un état phlegmasique et devrait faire rentrer les cas observés dans les engorgements de l'utérus. Mais il est très probable que la confusion a été faite plus d'une fois entre les deux affections. Dans tous les cas, il est certain que l'hypertrophie du corps de l'utérus n'est pas encore connue et que celle du col a été seule bien décrite.

Morgagni (lettre XLVᵉ) cite un fait qui, selon M. Huguier, pourrait être rapporté à un allongement hypertrophique du col utérin; et, depuis, Ségard, Buisson, Bichat, Lallement, Dugès et madame Boivin, Chélius, Lisfranc, M. Herpin ont rapporté des faits analogues; M. le professeur Moreau a également parlé de ces cas. Mais, en général, on n'y voyait qu'un vice de conformation congénital.

Ph. Boyer (1) a rapporté deux exemples de cette affection auxquels il avait appliqué avec raison la résection du col.

Il y a déjà bien longtemps que M. Cruveilhier avait signalé l'allongement du col de l'utérus comme cause de stérilité, et Virchow s'est occupé récemment aussi du *prolongement en forme de trompe* des lèvres de l'orifice utérin; mais c'est à M. Huguier (2) que l'on doit surtout la description complète de cet état morbide. Aussi emprunterons-nous à cet auteur toute la description suivante, relative seulement à l'hypertrophie de la portion *sous-vaginale* du col.

De l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. — « Dans cette affection, dit M. Huguier, le col utérin forme, dans la cavité vaginale, une saillie cylindroïde ou conoïde plus ou moins allongée, dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture du vagin, ou même s'engage entre les lèvres de la vulve, sans que le conduit vulvo-utérin soit invaginé ou renversé sur lui-même. Aussi le doigt introduit dans les organes sexuels reconnaît-il que l'extrémité supérieure du canal est placée aussi haut ou presque aussi haut qu'à l'état normal. Ce sont là deux grands caractères, l'absence d'invagination et la conservation de la hauteur du vagin, qui à eux seuls suffisent pour différencier cette lésion de l'abaissement et de la descente de la matrice, avec lesquels on l'a généralement confondue jusque dans ces derniers temps. Je n'en veux pour preuve que les malades qui me sont très souvent adressées par des praticiens distingués comme atteintes de descente et de chute de la matrice, lorsqu'elles n'ont qu'un simple allongement hypertrophique du museau de tanche ; les deux malades que j'ai trouvées dernièrement dans la division des incurables de la Salpêtrière, et qui ont été admises, comme le montre le

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, 5ᵉ édition.

(2) *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus, etc.*, avec XIII planches in-4°, Paris, 1860 (*Mémoires de l'Académie*, t. XXIII, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIV, 1859).

4(

n.
n
e
q
s'
v
M
r
l
d
ı
ı
l
l

[redacted]

est fortement troublée, soit en plus, soit en moins, et quelquefois il y a de ables métrorrhagies ; il se joint aussi à ces accidents un écoulement leucorque plus ou moins abondant. De plus, la sortie du col hypertrophié amène une mmation douloureuse de la vulve, et les fonctions de la vessie, et surtout celles rectum, sont fortement troublées. Enfin, la station debout devient pénible et me impossible, et les femmes sont obligées de renoncer à leurs travaux habi. La santé générale s'altère et le moral s'affecte, soit par la crainte des conséces de la maladie, soit par la suppression forcée des relations sexuelles.

toucher fait sentir l'énorme allongement du col et constater la persistance de ité vaginale ; à l'extrémité supérieure de ce conduit on sent que la base du e continue sans bourrelet ni bracelet avec la portion sus-vaginale du col. L'ap tion du spéculum est très difficile. Enfin l'hystéromètre qui, dans l'état nor, ne donne qu'une profondeur de 5 centimètres et demi à 6 et demi, pénètre 'à 8 et 13 centimètres.

'abaissement de l'utérus et les polypes peuvent être confondus avec l'hypertro du col. « Dans l'*abaissement* et dans la *descente*, la totalité de l'utérus, corps l, se sont portés vers la vulve ; le vagin est raccourci ; le cul-de-sac utéroal est abaissé ; l'extrémité supérieure du vagin adhérente au col est renversée, aginée dans la portion inférieure de ce conduit, et cela en raison du degré de la cente de l'utérus. Si, le doigt introduit dans les organes sexuels, on remonte atrice à sa place et avec elle le vagin, on sent au fond de ce conduit un simple elon formé par le museau de tanche avec toutes ses propriétés physiques, dis que dans l'allongement hypertrophique, lors même qu'il serait compliqué descente de la matrice, le doigt sent, lorsqu'il a remonté cet organe et rendu vagin sa longueur, il sent, dis-je, au fond de ce conduit, non un simple maelon, mais bien une tumeur conoïde ou cylindrique qui descend vers la vulve. caractère suffirait à lui seul pour distinguer les deux affections l'une de l'autre, s avoir recours à l'hystéromètre, qui est loin d'avoir, dans ce cas, une grande ilité, parce qu'il arrive souvent que, dans la descente de l'utérus, il y ait allonement de la cavité utérine par suite de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale l'organe. Dans les deux cas, il peut donc y avoir allongement de la cavité de térus par un mode de développement tout à fait inverse et qu'il est toujours facile de distinguer ; ce qui établit encore une différence entre les deux affections. Dans la chute de l'utérus, l'excès de la cavité est placé au-dessus de l'insertion u vagin ; dans l'allongement de la portion intra-vaginale du col, il est au-dessous e cette insertion.

Les *polypes* qui proviennent du col et ont une forme conoïde, ceux qui se conondent avec une des lèvres du museau de tanche, enfin ceux qui sont creusés l'une cavité, peuvent être confondus avec l'hypertrophie du col. « Voici, dit M. Hunier, à quels signes on distinguera ces deux affections. Si c'est un allongement du ol, quel que soit le soin avec lequel le doigt ou l'extrémité de l'hystéromètre herche à reconnaître vers la base de la tumeur un bourrelet ou un anneau qui 'embrasse plus ou moins étroitement, il n'y réussira pas ; il ne trouvera pas davanage, sur un des points de la circonférence de cette base, soit une ouverture, oit une fissure dans laquelle *il puisse s'engager* pour pénétrer dans la cavité e la *matrice. Au contraire, dans les cas* de polype venant de la cavité du corps ou

de la partie supérieure du col, si l'on examine avec attention la base de la tume (pédicule), on trouvera autour d'elle l'anneau ou le bourrelet sus-mentionné em brassant et étreignant plus ou moins complétement cette base. Le doigt ou a moins l'extrémité de l'hystéromètre pourra être porté en dedans du bourrelet, e de là dans la cavité de l'utérus.

« Si le polype a pris naissance dans la partie inférieure du col et se confond in sensiblement avec une des lèvres, et par suite avec la portion correspondante d vagin, on sent et l'on trouve alors du côté opposé un demi-bourrelet et une ou verture irrégulière ou semi-lunaire par laquelle l'hystéromètre pénètre dans la ca vité utérine. Il n'y a que l'hypertrophie isolée d'une des lèvres du col qui puis causer de l'incertitude. La couleur, la consistance, la forme et la sensibilité de l tumeur, qui en général ne sont pas les mêmes dans les deux cas, tireront le clini cien d'embarras.

» Enfin, si le polype est creux et présente vers son extrémité inférieure un orifi qui conduise dans sa cavité, on peut introduire deux stylets ou deux hystéromètre l'un dans la cavité du polype qui est inférieur, l'autre par l'ouverture qui est situ vers le pédicule du polype, dans la cavité utérine qui est placée au-dessus de première. — Jamais, dans un allongement du col, on ne trouve deux ouvertu et deux cavités. »

M. Huguier divise les hypertrophies du col en deux catégories sous le rapp de l'étiologie. Les unes croissent lentement, sans autres symptômes que ceux q résultent de l'action mécanique de la partie hypertrophiée sur les parties enviro nantes; elles semblent n'être qu'une anomalie, un vice de conformation par ex de nutrition. Les autres croissent plus rapidement à la suite d'une métrite inte déterminée par une chute, un accouchement difficile ou artificiel; dans ce dern cas, M. Huguier pense que l'affaiblissement et la dilatation du vagin et de l'ouve ture vulvaire agissent comme causes adjuvantes, car le col n'étant plus mainte ni comprimé, il s'établit autour de lui, mais surtout en bas, une sorte de vide da lequel il s'engage et se développe tout à son aise. « Il se passe ici, dit-il, ce q nous voyons dans les hernies épiploïques qui ne sont plus maintenues que par peau affaiblie et amincie : l'épiploon s'hypertrophie et prend des proportions con dérables. » Enfin, ajoute le même auteur, la maladie semble « quelquefois être conséquence d'irritations et de métrites réitérées chez des femmes dont le vagin court et qui ont abusé des rapports sexuels. »

L'affection dont il est ici question n'est grave qu'à un seul point de vue : c' une cause de stérilité. Dupuytren (1) et M. Huguier ont cité des cas où l'excision col avait permis la fécondation.

Le *traitement* doit varier suivant les cas. Chez une femme âgée, souffrant p de cette hypertrophie, on se gardera bien de tout traitement actif. S'il s'agit d'u jeune femme, il convient d'agir pour remédier à la stérilité. Au début, lorsque volume du col ne dépasse pas 2 ou 3 centimètres, si l'affection est encore à l'é inflammatoire, il faut employer quelques émissions sanguines générales ou local en même temps on mettra en usage les injections émollientes et rafraîchissant puis astringentes et toniques. Si la maladie reste stationnaire ou fait des progr

(1) *Sur l'agénésie, l'impuissance et la dysgénésie*, thèse de M. F.-G. Dumont. Paris, 18

on devra pratiquer la cautérisation avec le nitrate d'argent, le caustique de Vienne solidifié (Filhos), le nitrate acide de mercure, le fer rouge. Les pessaires sont généralement inutiles ou dangereux.

Mais lorsque le mal résiste, et lorsque la tumeur a acquis une longueur de 5 à 7 centimètres, il faut recourir à l'*amputation du col.* Cette opération est indiquée lorsque les malades ne peuvent plus se livrer aux mouvements qu'exige leur profession, ou lorsqu'il survient des accidents sérieux par l'ulcération ou l'inflammation de la tumeur ou des parties environnantes.

M. Huguier pratique cette opération de la manière suivante, à l'aide de l'*instrument tranchant.* D'abord il n'emploie pas le chloroforme à cause du peu de douleur causée par l'opération, et parce que, s'il en survenait, elle serait de nature syncopale et joindrait son action à celle du chloroforme pour déterminer la mort. L'opérateur conseille de pratiquer l'excision *sur place*, c'est-à-dire au fond du vagin : l'abaissement de l'utérus jusqu'à la vulve pouvant provoquer des accidents inflammatoires consécutifs. Il commence les incisions sur le col à un demi-centimètre environ au-dessous de l'insertion du vagin, afin d'être moins exposé à blesser ce conduit et de ne pas affaiblir cette insertion qui, si la femme devenait enceinte, serait plus disposée à se rompre pendant le passage de l'enfant, ou dans les manœuvres d'un accouchement artificiel. Le seul accident à craindre, c'est l'hémorrhagie primitive, à laquelle il est toujours facile de remédier avec le perchlorure de fer. « J'ai vu pratiquer et j'ai pratiqué moi-même, dit M. Huguier, pour diverses affections, un bien grand nombre de fois cette opération, sans suites graves, et je ne pourrais pas en dire autant de la cautérisation avec le fer rouge. »

L'opération avec l'*écraseur linéaire* est longue, affreusement douloureuse, si l'on n'emploie pas le chloroforme. L'instrument est difficile à placer et l'on peut pincer la vessie et ouvrir le péritoine. Cependant il serait indiqué de l'employer chez une femme anémique, ou si la base de la tumeur était volumineuse et contenait des artères dont on sentît les battements.

Terminons cette analyse en ajoutant que M. Chassaignac a adopté le traitement de M. Huguier, et qu'il a réussi dans les six cas où il l'a mis en usage. M. Mayer, un des chirurgiens les plus distingués de l'Allemagne, a pratiqué une fois cette opération. Joignant ces cas à ceux qui lui sont propres, M. Huguier dit avoir un total de vingt et une opérées, sans qu'un des accidents graves qu'on a signalés comme pouvant être la suite de cette opération se soit manifesté.

Nous avons voulu exposer, sans aucune critique, les opinions de M. Huguier sur l'hypertrophie du col utérin. La plupart des praticiens considèrent le mémoire de ce chirurgien comme l'un des plus remarquables des temps modernes; cependant il a soulevé des discussions, et voici ce qui a été objecté.

M. Depaul (1) a cherché à établir :

« 1° Que l'allongement hypertrophique de la portion intra-vaginale du col de l'utérus est une affection depuis longtemps bien connue et bien décrite;

» 2° Qu'on ne saurait confondre cet état ni avec un abaissement de l'utérus peu marqué, ni surtout avec un abaissement dans lequel une portion plus ou moins considérable de l'organe a franchi l'anneau vulvaire;

(1) *Discussion sur l'allongement hypertrophique, etc.* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 5 avril 1859, t. XXIV, 1858-59, p. 672, 727 à 771.

» 3° Que le palper abdominal, que l'introduction du doigt dans le vagin et le rectum, et que l'inspection directe suffisent dans tous les cas pour établir un diagnostic certain sans qu'il soit nécessaire de recourir au cathétérisme utérin, moyen qui peut avoir les conséquences les plus funestes et qu'il faut réserver pour quelques cas exceptionnels, dans lesquels il peut servir à éclairer le diagnostic de certaines affections utérines;

» 4° Que les moyens médicaux convenablement employés, et que les cautérisations surtout, suffisent à peu près à tous les cas;

» 5° Que dès lors il ne convient pas de généraliser l'amputation de cette portion de l'utérus même dans les conditions qui ont été posées par notre savant collègue;

» 6° Enfin que, malgré les observations rapportées par lui et tirées de sa pratique, cette opération doit être considérée comme une des plus graves de la chirurgie. Il ne faut pas oublier qu'elle a déjà coûté la vie à plusieurs malades.

» Sur le second point (1) :

» 1° Que l'allongement hypertrophique limité à la portion *sus-vaginale* du col n'existe pas;

» 2° Que l'état décrit par M. Huguier sous cette dénomination n'est autre chose que l'hypertrophie de l'utérus dans sa totalité (hypertrophie qui est surtout apparente vers l'extrémité inférieure du col ou dans le corps de l'organe); ou un allongement de l'organe sans hypertrophie, et quelquefois même avec atrophie;

» 3° Que cet allongement de l'utérus avec ou sans hypertrophie était connu, ainsi qu'on peut le voir dans les ouvrages de M. Cloquet, de Dugès et Boivin, de M. Cruveilhier, etc.;

» 4° Que les auteurs, depuis qu'on a sérieusement étudié les affections utérines, n'ont pas confondu cette disposition anatomique avec la chute complète de l'utérus;

» 5° Qu'ils ont insisté, au contraire, sur cette hypertrophie partielle ou générale qu'ils ont considérée comme cause ou conséquence de l'abaissement;

» 6° Que la chute de l'utérus, dans laquelle une *portion de l'organe seulement* a franchi la vulve, est déjà rare; mais que *la chute complète* est beaucoup plus rare encore. »

Parmi ces objections, la seule qui importe au praticien est celle qui consiste à établir que les moyens médicaux et que les cautérisations surtout suffisent à peu près à tous les cas d'hypertrophie sous-vaginale. Nous n'avons pas la prétention d'élucider ce point en litige, mais il nous semble que M. Huguier ne s'est jamais hâté d'opérer avant d'avoir essayé les moyens propres à amener la résolution du mal; et que, malgré l'opinion contraire de M. Depaul, les accidents peuvent être assez sérieux pour que les malades réclament à tout prix une opération chirurgicale. La discussion soulevée sur ce point a été d'ailleurs un nouveau prétexte de proscription pour le cathétérisme utérin. M. le professeur Moreau a reproduit les objections de M. Depaul. C'est à l'avenir à nous apprendre où est la vérité.]

(1) Il s'agit ici de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, dont nous n'avons pas parlé; il nous a semblé que les conclusions suivantes de M. Depaul, étaient suffisantes pour faire connaître les idées de M. Huguier sur ce sujet.

ARTICLE XIII.

CANCER DE L'UTÉRUS.

§. I. — Synonymie, fréquence.

On trouve cette maladie désignée, dans les auteurs, sous les noms de *ulcus uteri*, *scirrhus* ou *schirrus uteri*, *uteri degeneratio; ulcère de l'utérus*, *ulcération cancéreuse*, *squirrhe*, *cancer de la matrice; engorgement squirrheux*, *cancéreux de la matrice.*

La grande *fréquence* du cancer de l'utérus est bien connue de tout le monde. Madame Boivin et A. Dugès, faisant leurs recherches sur plus de 700 cas de cancer chez la femme, ont trouvé 409 fois le cancer de l'utérus, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas. On peut dire, d'une manière générale, que cette affection cancéreuse est celle qu'on observe le plus souvent.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. — C'est presque toujours vers la fin de la grande période de la menstruation, ou peu de temps après la cessation complète des règles, que se manifeste le cancer utérin. Aussi est-ce de quarante à cinquante ans que les femmes en présentent le plus grand nombre d'exemples. Il n'est cependant pas rare de voir des femmes qui ont passé ce dernier âge être atteintes de cette affection; on l'a même observée jusqu'à soixante et quinze et quatre-vingts ans, mais ces cas sont exceptionnels.

Après la période de quarante à cinquante ans, celles qui fournissent le plus grand nombre d'exemples de cancer sont, suivant M. Lever (1), d'abord celle de trente à quarante ans, puis celle de vingt à trente ans. Dans les cas rassemblés par A. Dugès et madame Boivin, il n'en a pas été ainsi, car la période de vingt à trente ans a fourni plus de cas que celle de trente à quarante ans.

Parmi les causes prédisposantes, on a rangé des influences bien opposées. Ainsi on a dit que les *excès de coït*, les *jouissances précoces*, les *couches nombreuses*, l'*avortement*, les *accouchements laborieux* prédisposent au cancer utérin, et d'un autre côté on a affirmé que le *célibat*, une *continence* trop rigoureuse, peuvent placer les femmes dans la même prédisposition.

On a encore placé, parmi ces causes, les *affections syphilitiques*. Mais rien ne prouve que le virus vénérien puisse donner naissance au cancer, et les faits qu'on a mentionnés en faveur de cette opinion n'ont pas de valeur réelle. Lorsqu'on dit que les filles publiques meurent presque toutes des suites du cancer utérin, on affirme un fait dont tout tend à prouver l'inexactitude, comme on peut s'en assurer en parcourant les recherches de Parent-Duchâtelet (2) et celles des auteurs qui se sont spécialement occupés des maladies vénériennes.

Nous ne faisons que mentionner, parmi ces causes, la *stérilité*, parce que dans les faits qu'on a cités pour démontrer l'action de cette prétendue cause, rien ne

(1) *Statistical notices of one hundred and twenty cases of carcinoma uteri* (*Medico-chirurgical Transactions*, London, 1839, t. XXII, p. 267).

(2) *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3ᵉ édit. Paris, 1857, t. I, p. 237.

[redacted]

prouve qu'il y ait eu autre chose qu'une simple coïncidence, et que même on peut penser que, dans les cas où l'affection s'est produite à un âge peu avancé, elle a été la cause de la stérilité, bien plutôt qu'elle n'en a été l'effet.

Les *affections morales*, les passions tristes, les chagrins de longue durée, sont rangés, par tous les auteurs, parmi les causes dont il s'agit. La grande *irritabilité* des sujets, une *sensibilité* morale excessive, sont des causes qui se lient à la précédente. Mais n'a-t-on pas confondu l'irritabilité produite par la maladie elle-même avec une irritabilité préexistante qui aurait pu agir seule dans la production de la maladie ?

Reste enfin l'*hérédité*. Mais, à ce sujet, nous n'aurions rien à dire qui ne se trouve dans l'histoire des autres cancers.

2° Causes occasionnelles.

Quelques auteurs regardent, comme pouvant produire le cancer de l'utérus, les *inflammations* plus ou moins répétées de cet organe, ou plutôt, dans leur manière de voir, le cancer n'est autre chose que la conséquence, le dernier terme d'une inflammation chronique qui, ayant été longtemps négligée, se termine par la dégénération du tissu utérin en tissu squirrheux et encéphaloïde.

Suivant quelques auteurs, les *fluxions périodiques* qu'éprouve l'organe aux époques des *règles* devraient être considérées comme une des principales causes déterminantes du cancer qui l'affecte si souvent. C'est là une proposition entièrement dénuée de preuves solides. La difficulté de la menstruation à l'époque critique n'est pas un argument aussi puissant qu'on pourrait le croire. Sans doute, si l'âge auquel se produit ce cancer différait complétement de l'âge où cette affection se montre dans les autres organes, on pourrait regarder comme presque certain que ce trouble de la menstruation a une grande influence ; mais il n'en est pas ainsi, comme chacun sait. Il faudrait donc procéder différemment pour arriver à la vérité ; il faudrait avoir étudié l'état de la menstruation chez un grand nombre de malades, et s'assurer par là si la fluxion périodique plus ou moins marquée chez les femmes a l'effet qu'on lui attribue. Ces considérations que tous les auteurs qui ont bien étudié le cancer ont toujours fait valoir, nous forcent à reconnaître l'existence d'une *cause spécifique* qui nous est entièrement inconnue dans son essence, et que quelques auteurs ont désignée sous le nom de *diathèse cancéreuse*.

§ III. — Symptômes.

La seule division qu'il faille admettre pour l'étude des symptômes est celle qui distingue le cancer en *non ulcéré* et *ulcéré*. C'est celle que nous allons suivre, après avoir dit un mot du début en général.

Début. — L'étude du début doit porter sur tous les cas, quelle que soit la forme du cancer, parce que rien ne prouve que cette forme influe sur la manière dont la maladie se manifeste dans les premiers temps. Peut-être néanmoins un examen plus attentif nous fera-t-il connaître plus tard quelques différences ; mais avec les faits que nous possédons il est impossible d'en trouver aucune.

Le symptôme du début le plus remarquable, celui qui mérite de fixer d'une *manière toute spéciale l'attention* du médecin, est la métrorrhagie. Dans un cer-

tain nombre de cas, ce symptôme se montre sans que rien ait pu en faire craindre l'apparition ; dans quelques autres, il a été précédé d'une certaine irrégularité de la menstruation, de douleurs plus ou moins vives, et peut-être d'un écoulement particulier ; enfin (et c'est là le point capital, celui que nous aurons occasion de rappeler plus loin, et sur lequel les auteurs n'ont pas fixé leur attention), dans aucun des cas authentiques et évidents que nous avons pu rassembler, le cancer n'a été précédé des longues souffrances et des autres symptômes propres à la métrite chronique.

On voit, d'après ces considérations, que la métrorrhagie, hors de la parturition, ne doit jamais être examinée trop légèrement par le médecin. Ce n'est pas à dire pour cela que ce symptôme annonce toujours un état grave ; bien loin de là, car tous les jours on observe des pertes utérines qui n'ont pas de conséquence fâcheuse ; mais voici les circonstances qui feront plus particulièrement redouter l'invasion d'une affection organique. La métrorrhagie qui se manifeste au début du cancer a lieu fréquemment hors du temps où doivent apparaître les règles ; elle se montre parfois après la cessation complète de la menstruation ; elle est souvent abondante. Ces circonstances devront par conséquent être soigneusement notées quand il s'agira de fixer le début du cancer de l'utérus ; et si, à la suite d'une hémorrhagie de ce genre, on voit apparaître de la pesanteur vers le rectum, des douleurs utérines, un écoulement continuel, en même temps qu'on constate un gonflement avec dureté, irrégularité, pâleur du col, on doit regarder la maladie comme confirmée.

Symptômes. — 1° *Cancer non ulcéré.* — C'est, dans l'immense majorité des cas, pendant la première période de la maladie que le cancer se présente sans ulcération. Il est bien rare, en effet, qu'on voie cette affection conduire par elle-même les malades au tombeau, sans qu'il se soit produit des ulcères plus ou moins profonds, qui souvent détruisent non-seulement l'utérus, mais encore les organes voisins. Presque toujours, lorsqu'on a eu l'occasion d'examiner anatomiquement le cancer non ulcéré de l'utérus, les malades avaient été emportées par une maladie intercurrente qui avait été d'autant plus grave, qu'elle les avait trouvées dans un état de dépérissement plus marqué. On a décrit plusieurs *formes* de cancer non ulcéré ; mais il suffira d'indiquer les particularités qu'elles présentent lorsque nous décrirons l'exploration de l'organe par le toucher et à l'aide du spéculum.

La *douleur* est un des phénomènes les plus importants du cancer de l'utérus ; mais c'est surtout lorsque le cancer s'est ramolli et s'est ulcéré qu'elle se produit. Il n'est pas très rare, en effet, de voir des femmes, ayant eu les symptômes du début, et présentant un engorgement squirrheux évident, ne pas éprouver de douleurs réelles. Mais il en est très peu qui ne ressentent pas dans le bassin un sentiment continuel de *plénitude*, et vers le périnée une *pesanteur* incommode qui se fait principalement sentir lorsqu'elles marchent et lorsqu'elles sont assises. Parfois même les véritables douleurs se manifestent dès les premiers temps, et consistent alors en des *tiraillements* dans les lombes et les aines, en des *élancements* dans ces mêmes parties, dans l'hypogastre et parfois dans les cuisses. Au reste, nous manquons de recherches bien précises sur l'intensité de ces douleurs, et sur leur forme dans les premiers temps de la maladie. La douleur peut être très fortement exaspérée par la *pression ; ce que l'on constate* en touchant par le vagin pour le

[redacted]

col, par le rectum pour le corps de l'utérus, et de plus en palpant l'hypogastre pour ce dernier point.

Par le *toucher*, on reconnaît un gonflement plus ou moins considérable de la totalité de l'organe ou seulement d'une de ses parties. Il faut procéder à cet examen de la manière suivante :

A l'aide du *toucher vaginal*, on constate *l'état du col*, qui, fréquemment, est seul affecté, surtout à l'époque de la maladie dont nous nous occupons. Cette partie est *dure*, *volumineuse*, présente ordinairement des *bosselures* irrégulières, séparées par des enfoncements facilement sentis par le doigt. Il en résulte une plus ou moins grande déformation de l'organe, dont un des points ou plusieurs à la fois sont très volumineux, tandis que les autres paraissent *déprimés* et comme atrophiés. On constate, en outre, des *déviations* fréquentes du col, qui est porté ordinairement en arrière, et quelquefois en avant.

Le toucher vaginal, sur lequel il est nécessaire d'insister, parce qu'il n'est pas très rare de trouver des malades qui ne veulent pas se soumettre à l'examen à l'aide du spéculum et au toucher rectal, fait encore reconnaître si le corps de l'utérus est affecté. En portant profondément le doigt au fond du cul-de-sac du vagin, et en soulevant l'organe, on trouve celui-ci *plus dur* et *plus lourd*, ou bien, par la combinaison de ce moyen avec le palper hypogastrique, on obtient une mesure approximative du développement de l'utérus. Lorsque ce développement est considérable, on atteint facilement le fond de l'organe en pressant sur l'hypogastre, et de légers mouvements imprimés à cette partie se font sentir immédiatement sur le doigt qui soulève le col. L'utérus est souvent, lorsqu'il a acquis un assez grand volume, comme enclavé dans le petit bassin, de manière qu'il est impossible de lui imprimer ces mouvements qu'on fait si facilement exécuter à un utérus sain. C'est encore par le toucher et la palpation hypogastrique combinés qu'on constate avec précision l'existence de cette immobilité, à laquelle contribuent parfois des adhérences résultant de péritonites partielles.

Le *toucher rectal* fait plus facilement reconnaître l'état du corps de l'utérus, qui est dur, ordinairement bosselé, difficile à soulever, et qui comprime plus ou moins le rectum.

Par la *palpation hypogastrique* on peut, comme nous l'avons dit plus haut, atteindre le corps de l'utérus lorsqu'il est développé, et, dans certains cas, rien n'est plus facile.

Le même mode d'exploration sert à établir que le corps est sain, pendant que le col est affecté ; mais la *percussion* de l'hypogastre donne des résultats plus précis encore.

Lorsque le corps de l'utérus est sain, l'hypogastre a partout sa sonorité normale, et la *percussion* n'est pas douloureuse. Lorsqu'il est affecté, on trouve immédiatement, au-dessus du pubis, une matité qui se porte plus ou moins haut le long de la ligne médiane, et qui se termine par une ligne courbe à convexité supérieure, au delà de laquelle se fait entendre le son intestinal. La percussion est ordinairement très douloureuse lorsque le corps de la matrice est profondément affecté, et surtout lorsqu'il y a des lésions superficielles ; ce n'est donc qu'avec beaucoup de ménagements qu'on doit employer ce moyen d'exploration, qui sert aussi, comme on le voit, à faire apprécier le degré de sensibilité de l'organe. Lorsque les an-

[redacted]

ties de l'utérus sont atteintes par le cancer, la ligne de la matité est irrégulière et se porte vers les fosses iliaques.

L'examen à l'aide du spéculum est du plus grand secours, et c'est pourquoi il faut beaucoup insister auprès des malades pour qu'elles s'y soumettent. Il ne sert, il est vrai, qu'à faire reconnaître l'état du col; mais comme il est excessivement rare que le cancer soit borné au corps de l'utérus; que, dans l'immense majorité des cas, cette maladie commence par le col; que souvent elle reste bornée à cette partie de l'organe, ou du moins pénètre peu au delà; qu'il en est surtout ainsi au début de la maladie, et lorsque le cancer n'est pas ulcéré, cas dont il s'agit ici, on peut dire que, de tous les moyens d'exploration, le spéculum est encore le plus précis. Marjolin a admis *quatre formes primitives principales* du cancer utérin, que l'on peut reconnaître à l'aide du spéculum, et l'on peut s'assurer tous les jours que sa description est exacte. Voici ces quatre formes :

Première forme. — Petites *tumeurs* dures, circonscrites, arrondies, du volume d'un pois à celui d'une noisette, rouges ou de couleur fauve, sillonnées par des vaisseaux superficiels, plus ou moins longtemps indolentes, puis ordinairement douloureuses au toucher, et tendant à s'agrandir. Quelquefois ces tumeurs se développent primitivement à la jonction du col et du vagin.

Deuxième forme. — Engorgement dur, inégal, bosselé. Quelquefois diminution du volume et dilatation de l'orifice. Pâleur blafarde du col, qui ne présente pas de ondulations, comme dans l'inflammation de la muqueuse.

Troisième forme. — Tuméfaction de l'une ou de l'autre des lèvres ou de toutes deux à la fois, dans une étendue variable. Consistance inégale. Ordinairement dureté à la base, mollesse à la surface. Renversement des lèvres. Excoriations.

Quatrième forme. — Engorgement général, irrégulier, de couleur rouge obscur. C'est surtout, dit Marjolin, cette espèce d'affection qui, passant à l'état de cancer confirmé, produit chez quelques sujets le cancer encéphaloïde, et chez d'autres le cancer fongueux sanguin.

Ce qui ressort de plus général de cette description, c'est qu'une dureté plus ou moins notable, avec une déformation du col, est le caractère anatomique le plus fréquent du cancer de l'utérus à son début. Mais nous venons de voir que, dans quelques cas, les choses se passent d'une autre manière. Ce sont ces cas qui présentent des difficultés pour le diagnostic, et dans lesquels on doit étudier avec grand soin les autres symptômes, et surtout les symptômes du début.

Un *écoulement* plus ou moins abondant ne tarde jamais à se manifester. Il est surtout abondant lorsque le col est entr'ouvert et que la maladie pénètre à une certaine profondeur dans le corps de l'organe. Cet écoulement est de couleur variable, souvent rosé, roussâtre, parfois grisâtre et parfois auss i contenant une quantité de sang assez notable; mais cette dernière circonstance se remarque bien plus souvent lorsque le cancer s'est ulcéré ou a passé à l'état fongueux. Dans les premiers temps, l'odeur de cet écoulement est fade et un peu nauséabonde; plus tard elle devient pénétrante, caractère que nous lui trouverons à un bien plus haut degré dans la seconde période du cancer.

Pendant le cours de cette première période, les *hémorrhagies* se reproduisent plus ou moins *fréquemment et avec une abondance* plus ou moins grande. Chez quelques *femmes, l'écoulement de sang* est presque continuel, c'est-à-dire q

[redacted]

l'époque des règles avançant toujours beaucoup, et les menstrues durant très longtemps, les intervalles se trouvent très courts. Chez d'autres, au contraire, les intervalles augmentant, sont souvent très irréguliers, et, lorsque le sang s'échappe, la perte est ordinairement abondante. Enfin quelques femmes ont des hémorrhagies lorsqu'elles font des efforts pour aller à la garderobe, lorsqu'elles se fatiguent, ou lorsque les organes génitaux sont soumis à quelque action un peu violente de quelque nature qu'elle soit. Mais cette dernière forme de l'hémorrhagie appartient plus particulièrement à la seconde période.

En même temps qu'on observe ces symptômes locaux, on en voit apparaître de *généraux* qui sont loin d'être sans importance. Les malades deviennent faibles, languissantes; elles maigrissent, perdent leur fraîcheur, pâlissent, et prennent ordinairement cette légère *coloration jaunâtre* qu'on a de tout temps signalée comme appartenant au cancer en général. Souvent aussi les *digestions* deviennent difficiles et présentent les troubles que nous avons tant de fois indiqués à l'occasion des autres affections de l'utérus, ce qui dépend non-seulement des pertes abondantes éprouvées par les malades, mais encore de l'état d'affaiblissement général qui résulte du développement du cancer. Il est assez ordinaire de voir les femmes devenir acariâtres, irritables, mélancoliques; d'observer, en un mot, un *changement notable de caractère.* Quant au *mouvement fébrile*, il est bien rare qu'il existe dans cette première période; le pouls est lent, régulier, plus ou moins faible, à moins de complication; la peau est fraîche, il n'y a pas de transpiration.

Dans cette période de la maladie, les femmes éprouvent quelques *sensations douloureuses dans les seins*, qui deviennent durs et volumineux; un *malaise inexprimable* qui ne leur permet pas de garder un seul instant la même position; des douleurs vives et passagères dans diverses parties du corps; en un mot, un trouble singulier de toutes les fonctions, dont la manifestation de la maladie vient enfin donner l'explication.

Quelquefois le cancer marche d'une manière presque latente, ne donnant lieu qu'à quelques troubles menstruels et à un écoulement qui peut très bien être attribué à une affection utérine beaucoup moins grave; et, lorsqu'on est appelé auprès des malades, on trouve le col de l'utérus profondément altéré, et présentant les signes de la seconde période de la maladie. Lisfranc en a observé un exemple bien remarquable chez une jeune femme qui avait conservé toutes les apparences de la santé, bien que le col de l'utérus fût réduit en putrilage. D'un autre côté, on voit quelquefois cette période donner lieu à des douleurs vives, avec un certain mouvement fébrile, un dépérissement beaucoup plus marqué qu'à l'ordinaire, et de grands troubles fonctionnels. Il n'y a, du reste, rien là qu'on n'observe aussi dans les autres affections chroniques, dans lesquelles, sans qu'on puisse en deviner la cause, la marche de la maladie, tout à fait insolite, donne à certains cas une physionomie particulière.

Deuxième période. — La douleur, avons-nous dit, est un symptôme beaucoup plus marqué dans la seconde période que dans la première. C'est alors surtout que, par la *palpation* et la *percussion*, on trouve l'hypogastre extrêmement sensible, et que le *toucher* cause de vives souffrances. Il est rare qu'à cette époque avancée, le corps de l'utérus ne participe pas à la maladie, soit que les progrès de *la dégénérescence* l'aient envahi, soit, ce qui est bien plus rare, que le mal s'y

[redacted]

développé dès le début, soit enfin que, sans être cancérée, cette partie de l'or-e présente un certain degré d'engorgement ou d'inflammation. S'il en était au-nent, la *douleur provoquée* ne serait déterminée que par le toucher vaginal, et palpation hypogastrique, ainsi que le toucher rectal, ferait reconnaître l'état tégrité du corps.

a *douleur spontanée* est ordinairement très fatigante pour les malades. Ce sont *élancements* douloureux qui parcourent plus ou moins fréquemment le périnée, pogastre, le bassin, les lombes et même les cuisses; des tiraillements, un sen-nt de *chaleur âcre;* en un mot, les diverses douleurs aiguës qui se montrent tous les cancers.

augmentation de volume du col et du corps de l'organe est constatée de la e manière que dans la première période; mais de plus le toucher vaginal et icher rectal font reconnaître les signes suivants :

r le *toucher vaginal*, on trouve le col de l'utérus ramolli dans un ou plusieurs s, et conservant dans d'autres sa dureté; ou bien un ramollissement général tte partie de l'organe, avec une *sensation de crépitation;* ou encore une ul-ion déprimée, plus ou moins profonde, avec des bords durs et irréguliers; s végétations plus ou moins volumineuses et nombreuses; ou enfin une des-ion, souvent très considérable, d'une partie plus ou moins étendue du col, déformation, déviation de cette partie de l'organe et ordinairement dilatation n ouverture.

le cancer a fait de très grands progrès, le toucher vaginal peut faire constater isparition presque complète du col, un endurcissement des parois du vagin avoisinent et un gonflement des tissus adjacents.

'aide du *toucher rectal*, on découvre souvent, en même temps que l'augmen de volume du corps de l'organe, des bosselures irrégulières, résistantes et is offrant divers degrés de consistance. Lorsque le corps de l'utérus est en-dans une très grande étendue, son gonflement peut être très considérable; on le trouve immédiatement en introduisant le doigt dans le rectum, sur le-il pèse fortement. Il remplit tellement le bassin, qu'on ne peut le mouvoir. Il mme enclavé; et cette immobilité est encore augmentée par l'endurcissement gaments et des annexes de l'organe, ainsi que par les adhérences que l'in-nation a pu produire.

examen *à l'aide du spéculum* vient encore donner plus de précision à ces di-signes. On voit le col uniformément gonflé, de couleur violacée, avec dilata-le son ouverture, par laquelle s'échappe un sang noir, grumeleux, dans lequel ouve ordinairement des caillots de volume variable; ou bien on trouve une ur s'épanouissant en *champignon* à la surface du col;... surface ordinaire-*lobulée* et comme granulée; couleur rouge, brunâtre, ou violacée; produc-l'un fluide roussâtre, séreux ou puriforme, ou filandreux, ou de sang noir.

ine époque plus avancée, le cancer est ulcéré, et alors l'examen au spéculum lécouvrir l'état suivant : Souvent sur la base dure qui formait l'engorgement rbeux se montre une ulcération irrégulière, grisâtre, à bords élevés, durs et ersés, laissant suinter un liquide roussâtre, ichoreux, ténu, plus ou moins de sang. Cette ulcération, qui, dans les premiers temps de son apparition, être très *petite et siéger sur la surface* interne d'une des lèvres, fait chaque

jour des progrès, détruit la lèvre attaquée, gagne l'autre, envahit la base du col, et peut s'étendre aux parois du vagin qu'elle détruit plus ou moins profondément, donnant lieu à des lésions dont il sera parlé tout à l'heure.

D'autres fois c'est un ramollissement, une *fonte* du col, dont l'ulcération est la conséquence. On remarque principalement cette marche de l'ulcération dans les cas de cancer mou, auquel on a donné le nom de cancer fongueux, sanguin, hypersarcosique, etc. Alors l'ulcération peut faire en peu de temps des progrès très considérables ; les parties atteintes se détachant pour ainsi dire en masse, la destruction du col est rapide, et le corps lui-même peut être promptement attaqué.

Il est une réflexion pratique qu'il importe de faire à propos de l'examen à l'aide du spéculum. Lorsque les lésions ne sont pas très avancées, et surtout lorsqu'elles n'ont pas encore envahi le vagin, cet examen n'a aucun inconvénient, et il est incontestablement utile pour le diagnostic ; mais si une malade se présentait avec destruction du col, et de plus une altération considérable de la paroi recto- ou vésico-vaginale, si surtout ces parois offraient un commencement de destructio[n] le toucher serait suffisant pour le diagnostic, et l'*introduction du spéculu[m]* difficile et douloureuse, *n'aurait aucun avantage*, car dans ces cas désespérés to[ut] traitement direct un peu actif devient inutile. L'introduction du spéculum, da[ns] des cas semblables, n'aurait d'autre intérêt qu'un intérêt de curiosité qui ne d[oit] jamais guider le médecin.

Lorsque le cancer est parvenu à la seconde période, l'*écoulement* prend [un] nouveau caractère : il devient abondant, ichoreux, et a une odeur forte, pén[é]trante, particulière. Cette odeur est si repoussante, qu'on est obligé d'isoler l[es] malades et de leur prescrire des injections désinfectantes.

En même temps se développent les symptômes de la *cachexie cancéreuse*. La pea[u] sèche, écailleuse, noirâtre aux extrémités, d'un jaune verdâtre sur tout le corp[s] est terreuse et collée sur les os ; les yeux enfoncés, le nez effilé, les lèvres décoloré[es] les dents fuligineuses, donnent à la figure un aspect cadavérique ; quelquefois il [y a] de la bouffissure et de l'œdème aux extrémités, qui gagne les cuisses et le bas-vent[re] des selles colliquatives, et une constipation opiniâtre, des vomissements porracé[s] des douleurs atroces, non-seulement dans l'organe primitivement affecté, m[ais] encore dans les articulations, dans le périoste et le tissu profond des os ; enfin [la] *fièvre hectique*, les insomnies, des souffrances intolérables, et quelquefois [des] hémorrhagies abondantes viennent mettre un terme à cette horrible existence.

Il ne faut pas croire cependant que tous ces symptômes se montrent dans tous [les] cas où le cancer entraîne la mort des malades. Ainsi la coloration noirâtre [des] extrémités manque assez fréquemment, la couleur du reste du corps peut être se[u]lement jaune très pâle ; les douleurs peuvent être jusqu'à la fin assez tolérable[s] presque nulles parfois ; mais il est vrai de dire que le cancer de l'utérus, lorsq[u'il] cause la mort par lui-même, est une des affections chroniques qui donnent lie[u] dans les derniers temps, aux symptômes les plus affreux.

D'un autre côté, il survient, par suite de l'extension du cancer à d'autres organ[es] des symptômes qui méritent d'être signalés. Le cancer de l'utérus peut envah[ir] comme nous l'avons vu, la paroi vésico-vaginale ; il se propage alors à une plus [ou] moins grande étendue de la vessie, et de là la *dysurie*, la *strangurie*, parfois [la] *rétention d'urine ;* puis, l'ulcération venant à s'emparer de ces parties, il en résu[lte]

une fistule vésico-vaginale par laquelle s'écoule incessamment l'urine. Si cette extension du mal a lieu du côté du rectum, on observe des altérations analogues : dans les premiers temps, il y a de la constipation, puis des alternatives de constipation et de dévoiement, puis ordinairement un dévoiement continu, et enfin *écoulement des matières fécales par le vagin*, lorsque la fistule recto-vaginale est établie. Chez quelques sujets, cette extension du mal se fait de tous les côtés en même temps, et *le vagin est converti en un cloaque infect, où s'écoulent à la fois l'ichor cancéreux, l'urine et les matières fécales*. C'est surtout dans les cas de ce genre que les douleurs deviennent atroces. Les annexes de l'utérus, les ligaments larges, les trompes et même les ovaires finissent parfois par participer à l'affection cancéreuse : de là l'immobilité de l'utérus, les douleurs que produisent les mouvements qu'on cherche à lui imprimer, les tumeurs des ovaires, etc. Les ganglions abdominaux sont, en pareil cas, ordinairement cancérés.

Dans les tissus environnants, il se produit parfois des inflammations partielles qui donnent lieu à des signes particuliers. Ainsi *le péritoine peut s'enflammer*, et de là des douleurs vives dans le bassin ou dans tout l'abdomen, rendant la palpation insupportable, et s'accompagnant d'un mouvement fébrile plus ou moins marqué. Ces péritonites partielles résultent les *adhérences* qui contribuent à rendre plus complète l'immobilité de la matrice. Des *abcès* peuvent se former dans les ligaments larges; l'inflammation peut, en un mot, envahir tous les organes voisins.

Une autre conséquence de l'extension de la maladie est la *phlegmatia alba dolens*, qu'il n'est pas très rare d'observer chez les femmes affectées de cancer de l'utérus.

Chez quelques sujets on observe des douleurs occupant les deux nerfs sciatiques, présentant tous les caractères de la *névralgie fémoro-poplitée* double. En pareil cas, le plexus sacré est envahi par la maladie.

Enfin on observe parfois des signes de cancer de plusieurs autres organes, et la *diathèse* peut être si générale, qu'on a vu des femmes dont presque toutes les parties du corps, sans en excepter le système osseux, présentaient des produits cancéreux.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ainsi que nous venons de le voir, la *marche* du cancer de l'utérus peut, dans quelques cas, être latente pendant un certain temps. Dans d'autres, elle est très rapide et la désorganisation fait de grands progrès en s'accompagnant de violents symptômes généraux; mais dans la grande majorité des cas cette affection a une marche chronique et continue. On peut, il est vrai, comme dans toutes les maladies chroniques, observer, à des intervalles variables, une amélioration plus ou moins marquée, soit naturelle, soit obtenue par le traitement, mais cette amélioration est passagère et les progrès du mal ne tardent pas à redevenir manifestes.

La *durée* du cancer de l'utérus mérite d'être étudiée avec soin.

Dans les cas de métrite chronique, au bout de trois, six, douze ans, on ne trouve que des lésions médiocrement graves, et un traitement bien dirigé en obtient bien facilement la guérison; lorsqu'il s'agit du cancer, au contraire, dès le troisième, le quatrième et le cinquième mois, dans la grande majorité des cas, les lésions sont déjà graves, profondes, et tous les moyens thérapeutiques qu'on em-

[redacted]

ploie agissent à peine comme palliatifs. Enfin remarquons que la durée du cancer est calculée sur des cas qui se sont terminés par la mort ; que celle de la métrite chronique résulte, au contraire, d'un relevé de faits dans lesquels la guérison a eu constamment lieu, et que tout, dans la marche de la maladie, portait à penser que si l'on n'avait pas mis un terme au mal par un traitement actif, il se serait perpétué et aurait pu durer encore un grand nombre d'années.

Ces considérations nous paraissent de la plus haute importance. Il est surprenant que les auteurs, et même ceux qui se sont occupés spécialement de ce sujet, n'aient pas fixé leur attention sur ces circonstances capitales pour le diagnostic.

Dans tout ce qui précède on a dû pressentir quelle est notre opinion sur la *terminaison* de la maladie : la mort en est toujours la conséquence. Dans quelques cas d'opération la maladie a, il est vrai, paru arrêtée pendant quelque temps, et il en est où l'on ne peut pas dire que la guérison ne fût pas complète, parce que les malades ont été emportées, au bout de quelques mois, par une autre affection, ou parce qu'on les a perdues de vue ; mais quelque opinion qu'on se forme à ce sujet, la proposition précédente n'en est pas moins exacte, car il n'est ici question que de la tendance à la guérison par tout autre moyen que l'extirpation du cancer. Cette terminaison inévitable peut être accélérée par les diverses complications indiquées plus haut.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est rare qu'on puisse examiner anatomiquement un cancer utérin à sa première période, et avant que la destruction des parties soit assez avancée, surtout du côté du col. Dans les cas convenablement décrits que nous avons eus sous les yeux, l'altération consistait en une induration plus ou moins grande des tissus, avec pâleur, homogénéité des portions tuméfiées, et résistance sous le scalpel. C'étaient, en un mot, les caractères bien connus du squirrhe. Nous savons cependant que dans plusieurs cas le cancer commence au contraire par un ramollissement ; mais nous ne connaissons pas de faits qui nous apprennent quel est l'état anatomique de l'organe en pareille circonstance, ce qui tient sans doute, outre la rareté des autopsies, à la rapidité avec laquelle le cancer s'ulcère en pareil cas.

A une époque plus avancée, les lésions sont bien connues, et c'est à Bayle (1) que nous en devons la meilleure description. Il en reconnaît trois variétés :

« Dans la *première*, dit-il, la couche fongueuse est fuligineuse ou noirâtre, et les parties qu'elle recouvre sont denses et d'un rouge livide, souvent parcourues, de même que les parties environnantes, par des vaisseaux sanguins plus ou moins développés et gorgés de sang noir. »

Il est fâcheux que cette description ne soit pas un peu plus détaillée. Cette première variété de Bayle se rapporte à ce que les autres auteurs appellent cancer sanguin, fongueux, etc. ; or dans un cas de ce genre que nous avons pu étudier attentivement, nous avons trouvé, après avoir fait macérer pendant quelques heures l'utérus pour le débarrasser du sang dont la surface de la lésion était imbibée, la base dense, et à la réunion de la portion saine et de la portion malade, un tissu morbide d'un blanc mat, dense, homogène, dans lequel on trouvait les principaux caractères du tissu squirrheux, et qui était semblable à ce tissu bleuâtre, brillant et homogène dont nous avons indiqué la constance dans le cancer de l'estomac.

(1) *Journal de médecine, etc.*, par Corvisart, Leroux et Boyer, an XI.

« Dans la *deuxième variété*, ajoute Bayle, la couche fongueuse est grise
nâtre. Les parties situées au-dessous sont assez denses, totalement privées
seaux sanguins, ternes ou d'un blanc sale, et assez semblables à du lard.

» Dans la *troisième variété*, la couche fongueuse est blanchâtre ou cendrée,
parties qu'elle recouvre sont médiocrement denses, très blanches, totaleme
ivées de vaisseaux sanguins, et tout à fait semblables à du lard; mais en expı
t, dans les endroits ainsi lésés, le tissu de la matrice, on en voit exsuder, p
très grand nombre de points, une matière purulente fort blanche et ass
paisse. »

Cette matière exprimée n'est autre chose que la production morbide à laque
a donné plus tard le nom de matière *encéphaloïde* infiltrée ; il faut aussi ajout
cette description l'aspect particulier qui se montre assez souvent dans certain
meurs, et qui leur a fait donner le nom de masses encéphaloïdes.

Quant à la base des parties ulcérées, elle présente bien évidemment, dans
dernières variétés admises par Bayle, le tissu particulier dont nous parlio
haut et qu'il est si important d'étudier.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Les seules affections avec lesquelles on pourrait confondre le cancer de l'utér
t la *métrite chronique*, la chute de la matrice, un polype de cet organe, et
lcère simple ou vénérien.

La *métrite chronique*, qui succède parfois à une métrite aiguë, s'annonce p
écoulement muco-purulent, de la pesanteur, un gonflement ordinairement co
sidérable du col et du corps, mais non par une hémorrhagie notable, comme ce
lieu dans presque tous les cas de cancer. Le gonflement du col est uniforme, o
s'il est bosselé, c'est d'une manière particulière; dans le cancer, au contraire,
gonflement commence par un point et envahit le reste du col; il est remarquab
par des bosselures irrégulières. Pendant un temps illimité, le gonflement de la m
trite chronique persiste sans qu'il y ait rien de changé dans l'aspect de la tumeu
au bout d'un temps qui n'est pas ordinairement fort long et qui peut ne p
dépasser six mois, le cancer commence à se ramollir ou à s'ulcérer. L'écoulemen
dans la métrite chronique, est muco-purulent; dans le cancer, il est d'abord forn
d'un liquide ténu, roussâtre ou grisâtre; il présente ensuite une couleur rosée
sanieuse, et a une odeur forte, pénétrante, particulière, qui ne se remarque p
dans l'écoulement de la métrite. Nous avons vu aussi que, dans la plupart des ca
la muqueuse du col affecté de cancer non ulcéré est pâle, blafarde et lisse. O
dans la métrite chronique, la muqueuse, participant à l'inflammation, est plus
moins rouge et ordinairement grenue. Enfin, lorsqu'il s'agit d'un cancer, l'ét
général est, dans l'immense majorité des cas, promptement détérioré et les sign
de la cachexie cancéreuse se manifestent; les exceptions qu'on a citées ne peuve
infirmer cette règle. Dans la métrite chronique, au contraire, on ne voit surven
le dépérissement qu'après de longues souffrances, et encore ce dépérissement n'
t-il rien de particulier et ressemble-t-il à l'épuisement de toutes les maladies chr
niques.

La présence d'un polype dans l'utérus ne peut faire croire à l'existence

[redacted]

cancer que si la production morbide n'est pas appréciable par le toucher. Alors il y a des hémorrhagies abondantes et fréquentes qui jettent les malades dans l'anémie et l'épuisement; le corps de l'utérus paraît gonflé, il est lourd; on peut supposer l'existence d'un cancer du corps de l'organe. Mais d'abord il faut remarquer que le cancer de l'utérus, borné au corps de l'organe, est de beaucoup le plus rare, ce qui doit déjà inspirer des doutes. Ensuite, si l'on touche par le rectum, on trouve la matrice uniformément développée sans bosselures; l'anémie causée par un polype ne ressemble que très imparfaitement à la cachexie cancéreuse; et enfin on ne remarque pas, dans les matières excrétées, cette odeur particulière signalée plus haut.

La *chute de la matrice* est presque toujours accompagnée de métrite chronique, et souvent même elle en est le résultat. Pour reconnaître l'inflammation chronique et la distinguer du cancer, on a les signes que nous avons exposés tout à l'heure, et en replaçant l'utérus à l'aide du toucher, on s'assure qu'il n'est pas devenu immobile, comme dans les cas où un cancer a envahi le col, une partie du corps et les parties voisines.

Il est ordinairement difficile de distinguer au premier abord certains *ulcères simples*, et surtout certains *ulcères vénériens*, de l'ulcère qui résulte de la désorganisation de la partie cancérée. Il ne faut pas oublier, quand il s'agit du diagnostic de l'ulcère simple, qu'il est ordinairement peu profond; que ses bords ne sont ni durs ni élevés; que la matière qui s'en écoule n'a pas la fétidité particulière de celle que produit l'ulcère cancéreux; qu'enfin il n'en résulte pas cette débilitation spéciale, cette cachexie cancéreuse dont nous avons maintes fois parlé.

Quant à l'*ulcère vénérien*, c'est surtout d'après les renseignements qu'on doit chercher à le distinguer de l'ulcère cancéreux; les caractères physiques seraient souvent insuffisants. L'état général, les traces de syphilis dans d'autres parties du corps, ou, d'autre part, l'existence d'un ou de plusieurs cancers dans d'autres organes, ne doivent pas être négligés. Mais souvent on en est réduit à se servir du traitement par le mercure ou l'iodure de potassium comme moyen de diagnostic. La promptitude avec laquelle disparaît l'ulcère vénérien fait bientôt cesser toute incertitude.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du cancer de l'utérus non ulcéré et de la métrite chronique.*

CANCER NON ULCÉRÉ.	MÉTRITE CHRONIQUE.
Au début, une ou plusieurs *métrorrhagies* notables.	Au début, pesanteur, écoulement, difficulté des menstrues, mais *non métrorrhagie.*
Gonflement du col *irrégulier;* bosselures *inégales.*	Gonflement du col *régulier; rarement* bosselures régulières, dues à d'anciennes cicatrices de déchirures.
Couleur blafarde de la muqueuse, qui est *lisse* et *polie* dans les cancers non ulcérés.	Dans le plus grand nombre des cas, *rougeur* et *aspect grenu* de la muqueuse.
Au bout de peu de temps, *ulcération*, ou du moins *progrès* du mal qui gagne d'autres parties.	Le gonflement reste très longtemps *stationnaire*, ou augmente régulièrement dans les points primitivement envahis; *pas d'ulcère.*
Écoulement *ichoreux*, sanguinolent; *fétidité particulière.*	Écoulement *muco-purulent*, avec l'odeur qu'il présente dans les autres affections utérines.
Cachexie cancéreuse.	*Dépérissement* qui ne ressemble pas à la cachexie cancéreuse.

2° *Signes distinctifs du cancer ulcéré et de l'ulcère simple, ou de l'ulcère véné rien de la matrice.*

a. CANCER ULCÉRÉ.	a. ULCÈRE SIMPLE.
Profond : bords *durs et élevés*.	*Superficiel* ; bords *souples et peu élevés*.
Suppuration *sanieuse et fétide*.	Suppuration *sans caractères particuliers*.
Les parties du col sur lesquelles repose l'ulcère cancéreux sont *dures* ; parfois, au contraire, *ramollies*.	Les parties du col sur lesquelles repose l'u cère simple ont leur *consistance normale*, e à peu près normale.
Signes généraux du cancer.	*Pas de signes généraux* du cancer.
b. CANCER ULCÉRÉ.	**b. ULCÈRE SYPHILITIQUE.**
Commémoratifs : *Pas de chancre* à une époque antérieure.	*Commémoratifs* : *Chancres* à une époqu antérieure ; surtout chancres indurés.
Pas de traces de syphilis dans les autres parties du corps.	Parfois *traces de syphilis* dans une aut partie du corps.
Signes généraux du cancer.	*Pas de signes généraux* du cancer.
Dans les cas douteux, *effets du traitement* : l'ulcère cancéreux est *peu ou point modifié* par le traitement antisyphilitique.	Dans les cas douteux, *effets du traitement* l'ulcère vénérien est *promptement modifié* p le traitement antisyphilitique.

Pronostic. — Il résulte de ce que nous avons dit à propos de la maladie, qu' n'est pas d'affection plus grave que le cancer de l'utérus. Tous les cas où l'on mis en usage le traitement interne et un traitement local autre que l'extirpation d la partie malade ont été mortels ; car ceux qu'on a cités comme exemples de car cer guéri par ces moyens ne présentent pas les signes caractéristiques de cett affection. Quant à l'opération, a-t-elle de plus grands avantages ? C'est ce qu nous discuterons en parlant du traitement. A l'époque où l'amputation du col éta en grand honneur, on regardait les cancers bornés à cette partie de l'organe comm infiniment moins graves que ceux qui se sont étendus au corps de l'utérus. Les pre miers, seuls, en effet, permettent une opération qu'on croyait alors presqu innocente, et à laquelle on attribuait de très nombreux succès. Aujourd'hui qu'un étude plus attentive des faits a prouvé que cette opération est beaucoup plus dan gereuse qu'on ne le croyait, et qu'elle n'a pas les avantages qu'on lui attribuai on ne peut plus partager complétement ces illusions. Il est certain néanmoins qu le mal, borné à une partie accessible à nos agents directs, nous offre plus de chanc d'en empêcher les progrès et d'adoucir les souffrances de la maladie ; mais cel ne change rien au pronostic définitif. Le danger est seulement, toutes chose égales d'ailleurs, moins imminent. Mais s'ensuit-il qu'on doive regarder le cance comme à tout jamais incurable, et qu'on ne doive plus chercher les moyens d procurer aux malades une guérison radicale ? Non, sans doute. On doit à ce suje garder la même réserve que pour les tubercules. Mais il n'y aurait aucun avan tage à se faire illusion, et il faut que les praticiens éclairés sachent bien que per sonne n'a encore cité un seul cas de cancer de l'utérus, même commençant (l diagnostic ne présentant aucun doute), qui ait été guéri par les nombreux tra tements, spécifiques ou non, préconisés jusqu'à présent. Le traitement curati s'il est possible, est encore à trouver.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du cancer, bien que ne pouvant être que palliatif, mérite néanmoins d'être exposé avec quelques détails. Cette affection est si terrible, elle détermine parfois de si atroces douleurs, qu'il est très important de connaître les moyens qui peuvent apporter du soulagement et rendre l'existence supportable.

1° *Traitement de la première période.*—Beaucoup d'auteurs ont regardé comme appartenant à la même maladie l'engorgement dû à l'inflammation chronique et celui qui résulte du cancer ; aussi, dans les descriptions qu'ils nous ont laissées, ont-ils exposé d'une manière générale le traitement de ces affections diverses. Or, ce traitement n'est autre que celui que nous avons exposé dans l'histoire de la métrite interne. Si ce traitement réussit, on dit ou qu'on a guéri un squirrhe, ou du moins qu'on a prévenu un cancer. S'il ne guérit pas, on attribue ce non-succès à l'emploi trop tardif des moyens thérapeutiques. Nous nous bornerons à dire que si ce traitement des engorgements de l'utérus (saignée, émollients, narcotiques, iode, mercuriaux) a des avantages lorsque l'engorgement est cancéreux, c'est comme palliatif ; et quant à l'application de ces divers moyens, elle est réglée d'après les symptômes observés et l'état général.

Ainsi la *saignée*, les *sangsues*, les *ventouses scarifiées*, sont prescrites dans les cas où les signes d'engorgement sanguin, des troubles de la menstruation, un état pléthorique, viennent se joindre aux signes locaux du cancer.

Dans les mêmes circonstances, et lorsque l'utérus offre une sensibilité exaltée, on a recours aux émollients, aux bains, aux injections narcotiques, etc., comme dans la métrite chronique. Le *régime*, le *repos*, complètent ce traitement, qui doit être plus actif lorsqu'une inflammation des parties voisines du mal vient à se manifester.

Les *vomitifs* et les *purgatifs* ne sont utiles que pour combattre, dans quelques circonstances, les symptômes de l'embarras gastrique, ou pour entretenir la liberté du ventre, ce qui est souvent nécessaire.

Les *narcotiques à l'intérieur* sont opposés aux douleurs vives qui causent fréquemment l'insomnie ; mais c'est surtout dans le traitement de la deuxième période que ces moyens sont de la plus grande utilité.

La *ciguë* a joui d'une grande réputation contre les divers cancers. On n'a pas manqué de l'administrer dans les cas de cancer de l'utérus ; mais, comme pour la même maladie ayant son siége dans d'autres organes, les cas de guérison sont trop douteux pour qu'on regarde cette substance comme ayant plus d'efficacité que les palliatifs ordinaires. Il faut augmenter graduellement la dose de ce médicament. Ainsi on prescrira de 5 à 30, 40 centigrammes d'extrait, que les malades supportent très bien, pourvu que la progression ne soit pas trop brusque. On doit néanmoins, dans cette administration, surveiller l'état des malades et s'arrêter s'il paraît quelques troubles fonctionnels qu'on puisse attribuer au médicament.

Les remèdes auxquels on a donné les noms de *résolutifs*, *fondants*, *désobstruants*, sont également mis en usage ; les plus importants sont les *mercuriaux*, *l'iode*, les *préparations d'or*.

Enfin on a recours aux *révulsifs* et aux *dérivatifs*, dans les cas où l'on voit apparaître un certain degré d'irritation.

On comprendra facilement pourquoi nous insistons si peu sur ces moyens, qui n'ont d'autre effet que de combattre des symptômes; cependant ces symptômes secondaires, s'ils ne sont pas combattus à propos, peuvent ajouter à la gravité de la maladie et en accélérer la marche.

2° *Traitement de la deuxième période.*—On doit d'abord, dans cette période, insister fortement sur les moyens qui viennent d'être indiqués. L'emploi des *narcotiques* est surtout indispensable, parce que c'est alors principalement que les douleurs sont vives et parfois intolérables. L'*opium*, les *sels de morphine* sont d'un très grand secours. On doit élever progressivement les doses sans crainte de produire le narcotisme, mais toutefois en veillant à ce qu'il ne soit pas poussé trop loin. On a pu ainsi faire prendre jusqu'à 30, 40 centigrammes d'opium, et plus encore, sans en observer de fâcheux résultats. L'emploi des *sels de morphine par la méthode endermique* a de très heureux effets. Les *injections narcotiques* sont aussi très utiles. On prescrit une injection avec une infusion de morelle à laquelle on ajoute 1, 2 ou 3 grammes de *laudanum*. Mais c'en est assez sur ces médicaments connus de tout le monde.

[On peut aussi employer comme anesthésiques locaux l'*acide carbonique* et le *chloroforme*, en mettant en usage les procédés que nous avons indiqués à l'article *dysménorrhée* (1).]

En même temps on a recours à des moyens plus directs, qui sont les *moyens chirurgicaux*, et d'abord la *cautérisation*. Dans le plus grand nombre des cas, la cautérisation légère avec le *nitrate d'argent* est tout à fait insuffisante. La cautérisation avec les *acides* a l'inconvénient d'être difficilement bornée. Reste la cautérisation avec les caustiques solides et le fer rouge.

Cautérisation. — Parmi les caustiques solides, il n'en est pas qui soient plus faciles à employer que le *caustique de Vienne solidifié* d'après le procédé de M. Filhos. On le met principalement en usage dans les cas où il existe un ulcère sordide. Il faut renouveler l'application jusqu'à ce que l'on ait atteint les limites du mal, et souvent ainsi on est arrivé à détruire presque entièrement le col de l'utérus.

M. Jobert emploie de préférence le *cautère actuel*. Il introduit un *spéculum d'ivoire plein* pour protéger les parties; puis, à l'aide d'un cautère terminé en bouton et rougi à blanc, il touche la partie malade. Par ce moyen, il est parvenu à arrêter les hémorrhagies causées par les fongosités, et à détruire les parties cancérées sans causer aucune douleur, ce qui était prévu, car ce chirurgien a démontré anatomiquement que le col de l'utérus est privé de nerfs. D'autres médecins se servent pour ces cautérisations du spéculum plein ordinaire, sans avoir observé aucun accident.

Quelle est la valeur réelle de ces cautérisations ? Il n'est aucun fait authentique qui prouve qu'elles aient procuré la guérison complète du cancer confirmé. Mais en détruisant les parties malades, elles peuvent arrêter pendant un temps plus ou moins long les progrès du mal; elles font cesser les douleurs vives, elles suppri-

(1) Tome V, p. 79.

ment ou diminuent l'écoulement fétide, et, à ces divers titres, elles doivent être recommandées. C'est au médecin à voir si le mal est encore suffisamment borné pour qu'elles aient quelque chance de succès.

Il est encore, contre l'écoulement fétide, un moyen qui ne doit pas être négligé; il consiste dans les *injections désinfectantes*, et principalement dans les *injections chlorurées*. Les malades doivent, du reste, être tenues dans le plus parfait état de propreté.

Opérations. — Il y a quelques années, les opérations pratiquées pour enlever soit le col de l'utérus, soit l'utérus tout entier, étaient pour ainsi dire à la mode, et occupaient une grande place dans le traitement chirurgical des affections utérines. Aujourd'hui on n'entend plus parler de ces opérations, et les chirurgiens qui les ont le plus prônées sont de la plus grande prudence sur ce point. C'est que l'expérience nous a appris combien elles sont dangereuses et combien leurs bons effets sont hypothétiques.

Les relevés exacts des faits ont démontré : 1° que l'amputation du col de l'utérus est beaucoup plus dangereuse qu'on ne l'avait dit ; 2° que les femmes qui avaient été regardées comme guéries après cette amputation ont succombé presque toutes peu de temps après ; 3° que celles qui ont survécu avaient été opérées pour une affection autre que le cancer, et qui aurait très bien été guérie par les moyens ordinaires ; 4° que l'*extirpation de la matrice* est, dans la grande majorité des cas, une opération très promptement mortelle ; 5° que dans le petit nombre de cas où cette extirpation n'a pas entraîné la mort, les femmes n'ont eu que quelques mois d'une vie misérable, de telle sorte qu'on doit presque déplorer la demi-réussite de ces cas qui a motivé tant d'opérations mortelles. Il résulte de tout cela qu'un médecin prudent doit s'abstenir de ces opérations.

ARTICLE XIV.

PHYSOMÉTRIE.

La *physométrie* consiste dans une accumulation plus ou moins considérable de gaz dans la matrice ; on lui a donné quelquefois les noms de *grossesse venteuse* et de *tympanite utérine*.

Parmi les *causes* de cette affection, les principales se trouvent dans certaines circonstances de la gestation ou de l'accouchement. Ainsi un fœtus mort dans la matrice venant à se putréfier, il se dégage des gaz fétides qui distendent l'organe. Le même effet peut être produit par une *môle* et par le séjour d'un *fragment du placenta* dans la cavité utérine. Après l'accouchement, un caillot venant à s'opposer à l'écoulement des lochies, il y a décomposition du liquide et physométrie. Dans l'état de vacuité, l'occlusion de l'utérus par un *polype*, par l'*adhésion des lèvres du col*, et même, suivant quelques auteurs, par un *pessaire* ou par tout autre tampon, peut retenir des liquides qui dégagent des gaz et causent la tympanite utérine. Enfin on a vu des cas où cette tympanite s'est manifestée chez des femmes *hystériques*, sans qu'il y eût aucun obstacle au col. Mauriceau, Delamotte, Baudelocque, Franck (1), Duparcque, Lisfranc, etc., ont cité des exemples de ces diverses espèces.

(1) *Traité de médecine pratique.* Paris, 1842, t. II, p. 20.

Symptômes. — La tympanite utérine se manifeste ordinairement avec une grande rapidité. Les symptômes sont un peu différents, suivant qu'il n'y a que des gaz accumulés dans la matrice, que la tympanite est *sèche*, ou suivant qu'il y a des gaz et des liquides. Dans le premier cas, on n'observe pas de *douleur* considérable ; il y a un sentiment de plénitude dans le bassin et dans l'abdomen, et la pression sur la tumeur développe un peu de sensibilité.

La *tumeur* est globuleuse ; elle s'élève parfois jusqu'à l'ombilic et au-dessus, mais ordinairement elle ne dépasse pas le volume de l'utérus au troisième ou quatrième mois de la grossesse. Par la *palpation*, on sent sa partie supérieure arrondie, rénitente, et l'on suit cette rénitence jusqu'au pubis.

La *percussion* est très utile en pareil cas. Par elle on obtient un son tympanique dans une étendue dont la ligne supérieure est une limite courbe à convexité supérieure correspondant au fond de l'utérus.

Par le *toucher vaginal*, on recherche si le col, qui est assez élevé, ne présente pas d'altération, et l'on reconnaît l'existence de l'obstacle qui empêche les gaz de s'échapper. Par le *toucher rectal*, on sent le corps dilaté, globuleux et élastique. Par ces deux moyens, on reconnaît, en cherchant à soulever l'utérus, qu'il a une *pesanteur spécifique* beaucoup moindre qu'à l'état normal, et que son poids n'est nullement en rapport avec son volume.

Sauf la gêne que fait nécessairement éprouver l'augmentation de volume de l'utérus, et en particulier la *dyspnée*, les femmes affectées de tympanite utérine sèche n'éprouvent quelquefois aucune incommodité. Chez quelques-unes, au contraire, il survient du dégoût des aliments, des appétits bizarres, des vomissements ; et comme la physométrie coïncide ordinairement avec la *suppression des règles*, il en résulte que les femmes, en pareil cas, se croient grosses, et que, la tympanite faisant des progrès, elles suivent pendant deux, trois et même cinq ou six mois les progrès de leur grossesse, jusqu'à ce que l'expulsion des gaz vienne faire connaître la nature de la tumeur.

Lorsque le développement des gaz est très rapide, il peut en résulter du malaise, et même un *mouvement fébrile* assez notable ; mais ces symptômes généraux se montrent bien plus fréquemment dans les cas où il y a à la fois accumulation de gaz et de liquide.

Souvent le développement de gaz, après s'être produit rapidement, continue à se faire d'une manière plus lente, sans qu'il y ait aucune expulsion de ce produit morbide. Dans quelques cas, au contraire, il y a, à des intervalles variables, *expulsion bruyante de gaz par le vagin*, et les malades se sentent soulagées jusqu'à ce qu'une nouvelle quantité de gaz soit venue remplacer celle qui a été expulsée. Dans d'autres circonstances, l'utérus *se vide rapidement*, *avec explosion*, pour se remplir de nouveau de fluides gazeux. C'est ce qu'on observe principalement chez les femmes hystériques. Dans les cas de tympanite utérine sèche, les gaz qui s'échappent sont presque toujours *inodores*.

Lorsque avec l'accumulation de gaz il y a accumulation d'une certaine quantité de liquide, la *douleur* peut être beaucoup plus vive, parce que l'utérus est plus ou moins violemment irrité. Lisfranc a cité un cas où la douleur s'irradiait dans l'abdomen, les lombes et les cuisses. C'est surtout alors que les femmes peuvent croire

[redacted]

à une grossesse franche; nous avons vu, en effet, qu'en pareil cas il y a dans l'utérus une *môle*, ou même un *fœtus mort et décomposé.*

S'il s'échappe une certaine quantité de gaz, on en remarque la *fétidité* extrême, et parfois aussi il sort en même temps une petite quantité de liquide brunâtre également très fétide. Deneux et Chomel ont constaté que ces gaz sont inflammables.

La *percussion* et la *palpation* donnent les mêmes signes que dans le cas précédent; mais on en obtient un nouveau en faisant exécuter à la malade des mouvements brusques. On entend, en effet, un *glouglou*, un *gargouillement*, qui indiquent le déplacement du liquide dans un fluide gazeux.

Il n'est pas rare, dans cette espèce de tympanite utérine, de voir se manifester un *mouvement fébrile* assez intense; il était très notable dans le cas cité par Lisfranc.

Lorsque cette tympanite se produit après l'accouchement, le développement des gaz est ordinairement très rapide, et les parois de l'utérus étant très flasques, il en résulte une tumeur très considérable. Le *toucher vaginal* fait souvent, en pareil cas, reconnaître la présence d'un caillot qui oblitère le col.

La *marche* de la maladie est ordinairement rapide dans les premiers temps. Plus tard l'accumulation de gaz se fait avec lenteur, ou bien la maladie reste stationnaire. On voit des cas où les gaz s'accumulant peu à peu, la matrice se développe comme dans la grossesse, et c'est dans ces cas qu'ont eu lieu les erreurs qui ont tout fait préparer pour l'accouchement.

La *durée* de cette affection est très variable. Parfois l'accumulation se fait en quelques heures et l'expulsion suit de près; d'autres fois la tympanite utérine dure plusieurs mois, et même jusqu'aux dernières limites de la grossesse. On n'a pas cité de cas de *terminaison* fâcheuse.

Le *diagnostic* de la tympanite utérine ne présente pas de difficultés sérieuses, surtout lorsque l'affection s'est développée rapidement. Néanmoins on a cité un assez grand nombre de cas où l'on a cru à l'existence d'une grossesse; mais l'erreur de diagnostic a été rarement commise par le médecin, et lorsqu'il en a été ainsi, c'est que l'examen a été trop superficiel.

La physométrie, dans l'état de vacuité, se distingue de la *grossesse*, de l'*hydrométrie*, de l'*engorgement du corps de l'utérus*, par le son tympanique qu'elle donne à la percussion. Ce caractère est suffisant.

Mais dans un bon nombre de cas il y a eu grossesse véritable; il s'agit alors de déterminer si la tympanite, qui est le résultat de la mort et de la décomposition du fœtus, existe réellement. Le son tympanique est encore un signe d'une grande utilité; on peut aussi produire le bruit d'un liquide se mouvant dans des gaz, en imprimant des secousses brusques à la malade; le fœtus a cessé de faire des mouvements, et enfin il est survenu les symptômes généraux décrits plus haut. Les mêmes caractères, sauf l'abolition des mouvements du fœtus, servent à faire reconnaître la tympanite, qui se montre dans un cas de *môle utérine.*

Après l'accouchement, la tympanite utérine se produit ordinairement avec beaucoup de rapidité. Le son tympanique est encore ici le meilleur moyen de *distinguer la maladie* de tout autre développement de l'utérus, et principalement de l'*hémorrhagie interne* qui peut se développer dans les mêmes circonstances.

Traitement. — Le traitement de la physométrie est fort simple. S'agit-il d'une de s *tympanites utérines sèches qui surviennent chez les femmes hystériques*, on ninistre à l'intérieur les *antispasmodiques*, et principalement le *camphre* et *her*. On prescrit des *bains*; des *injections émollientes*, *narcotiques*; des *fumi-'ions* vers le vagin; des onctions sur le col avec l'*extrait de belladone*; et enfin *pression méthodique* sur la tumeur, pour aider l'utérus à expulser les gaz qui listendent.

Il n'est pas rare de voir la maladie résister pendant assez longtemps à ces moyens, puis tout à coup l'utérus se débarrasser lui-même en peu d'instants de tous les qu'il contenait.

Lorsqu'il existe à l'orifice du col un corps étranger qui s'oppose à la sortie des et du liquide enfermés dans l'utérus, l'indication est toute simple : on extirpe *polype*, on extrait le *caillot*, on enlève le pessaire, etc.

S'il y a dans l'utérus un *fœtus mort*, une *môle* décomposée, un *fragment de centa*, il faut chercher à les extraire. Dans les deux premiers cas, on peut pra-ner la *dilatation artificielle du col*, et l'on donne en même temps des *toniques* surtout du *seigle ergoté* (de 2 à 4 grammes) pour vaincre l'inertie de l'utérus. rsque c'est le placenta qui est resté dans l'utérus, on peut en favoriser l'expul-n par des injections avec de l'eau froide ou chargée d'une substance légèrement itante dans l'intérieur de l'utérus. Mais il faut être très réservé sur ce moyen, ne l'employer que dans les cas où il survient des symptômes graves. Quelques teurs ont posé en principe que ces injections doivent être faites, dans tous les cas, médiatement après l'expulsion des gaz et du liquide. Mais les vives inflamma-ns de l'utérus qu'elles ont causées ont engagé les praticiens prudents à y renon-r. Après l'expulsion des gaz, on établit une *compression* méthodique de l'abdo-en, dans le but d'empêcher la matrice de se distendre de nouveau.

Enfin, si, par une circonstance quelconque, on voyait survenir une inflam-ation de l'utérus, il faudrait lui opposer le traitement indiqué à l'article *Métrite guë*.

ARTICLE XV.

HYDROMÉTRIE.

L'hydrométrie est une maladie fort rare, comme la précédente, et sur laquelle est également inutile de s'étendre longuement.

On donne le nom d'*hydrométrie* à toute collection de liquide retenue dans la vité utérine hors de l'état de grossesse, et même à la surabondance du liquide mniotique chez les femmes grosses; mais ces dénominations sont impropres. Des ollections de mucosités, de pus, de sang altéré, ne sauraient être regardées comme es hydropisies, et la surabondance du liquide amniotique doit être considérée à art sous le nom d'*hydramnios* que lui donne Dugès. Nous ne devons nous occu-er dans cet article que de l'hydrométrie dans l'état de vacuité de l'utérus.

Causes. — On sait très peu de chose sur les causes de l'hydrométrie. On a bien arlé de la *débilité de la constitution*, de la *ménorrhagie*, etc., etc., mais on ne aurait attacher aucune importance aux opinions des auteurs à ce sujet. Ce qui ré-ulte de plus positif du petit nombre d'observations passables que nous possédons,

c'est que pour que l'hydrométrie se produise, il faut *d'une part*, une certaine irritation des parois de l'utérus, *occasionnée* soit par une *maladie organique* (cancer, ulcérations), soit par une *violence extérieure* (coups, chutes), ou bien développée *spontanément ;* et, *d'autre part*, l'occlusion du col de l'utérus par du mucus *épais*, concret, par une *cicatrice* qui a rétréci l'ouverture, par une *adhérence des lèvres*, par une *antéflexion* suivant Kiwisch. Or, comme ce concours de circonstances doit nécessairement se montrer rarement, nous comprenons pourquoi l'hydrométrie est elle-même si rare.

[Nous avons vu que dans la *métrite interne* la cavité utérine est agrandie; et M. Aran attribue ce résultat à la rétention des liquides sécrétés dans l'utérus et dont l'écoulement est empêché par le rétrécissement de l'orifice supérieur de la cavité cervicale. Il faut donc ajouter cette cause aux précédentes.]

Symptômes. — L'hydrométrie se forme presque toujours avec lenteur, et détermine peu ou point de douleur. Les malades se plaignent seulement d'un sentiment de plénitude et de *pesanteur* considérable dans le bassin et vers le siége; il y a aussi quelques *tiraillements* vers les lombes et les aines.

On trouve à l'hypogastre une *tumeur* d'autant plus volumineuse en général, et s'élevant d'autant plus haut, que l'affection est plus ancienne. Cette tumeur présente la même forme que celle de la physométrie; mais elle donne un son mat à la *percussion*, et le son clair de l'intestin qui se fait entendre autour d'elle sert à faire reconnaître le siége de l'affection. Il n'est pas toujours très facile de produire la *fluctuation*, surtout lorsque l'utérus est altéré. Dans quelques cas, au contraire, ce signe est aisément obtenu.

Par le *toucher vaginal*, on s'assure que le col est remonté dans le bassin, et que le corps de l'utérus est distendu et *lourd*. Par le *toucher rectal*, on constate encore mieux l'existence de ces deux derniers signes.

Lorsque l'hydrométrie est simple, sans lésions de l'utérus, on n'observe pas de symptômes généraux. Dans le cas contraire, c'est à ces lésions plus ou moins graves qu'il faut attribuer ces symptômes.

La *marche* de la maladie est ordinairement continue. Cependant, et le docteur Browne en a rapporté un exemple cité par Itard (1) et par madame Boivin et Dugès (2), la maladie consistait dans des rétentions et des évacuations *alternatives* d'abondantes sérosités.

La *durée* est variable; elle est ordinairement assez longue. Elle peut égaler celle de la grossesse et la surpasser, ce qui a donné lieu maintes fois à des erreurs semblables à celles que nous avons signalées à propos de la *physométrie*.

La *terminaison* est favorable lorsqu'il s'agit de l'hydrométrie simple. Parfois, tout à coup, soit dans le repos et par le simple effet des contractions de l'utérus, soit dans un mouvement brusque, surtout pour se baisser, le liquide accumulé s'échappe par flots, et toute trace de la maladie disparaît. Parfois aussi on a vu des douleurs croissantes expulsives, semblables à celles de l'accouchement, précéder l'évacuation du liquide, ce qui a contribué à maintenir jusqu'à la fin les malades dans l'erreur. Lorsqu'il existe une lésion organique dont l'hydrométrie n'est

(1) *Dictionnaire des sciences médicales.*
(2) *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. 1, p. 257.

une conséquence, on ne saurait attribuer à celle-ci une grande part dans la minaison fatale.

Le liquide évacué est séreux ou muco-séreux, incolore ou blanchâtre et ino-re, lorsqu'il s'agit d'une hydrométrie simple. Lorsqu'il y a une lésion plus ou ins grave, on trouve soit du pus, soit une sanie fétide, etc., suivant les cas.

Diagnostic. — La matité de la tumeur empêche de la confondre avec celle qui ulte de la *physométrie.* On ne saurait confondre l'hydrométrie avec une *ascite,* isque dans celle-ci le niveau du liquide reconnu par la percussion suit une ligne irbe à concavité supérieure, que les flancs et les fosses iliaques présentent un i mat, et qu'en faisant varier la position de la malade, on change le niveau du uide.

La longue durée de l'affection, l'état normal de la sécrétion et de l'excrétion de rine, et comme dernière épreuve, le cathétérisme, suffisent pour faire distinguer ydrométrie de la *rétention d'urine.*

D'après ce que nous avons dit plus haut, le *pronostic* ne peut être fâcheux que ns les cas où il existe une affection organique de l'utérus; mais cette gravité du ostic étant indépendante de l'hydrométrie elle-même, il serait inutile de s'y rêter.

Traitement. — Le traitement de cette maladie n'a pas été établi sur des bases lides. Les auteurs ont, sous ce rapport, confondu dans leur description ce qu'il it faire dans des cas fort divers; aussi leurs articles sont-ils pleins de vague et incertitude.

Le plus souvent, l'hydropisie simple de la matrice se termine favorablement par vacuation spontanée du liquide. On a conseillé, pour favoriser cette évacuation, ramollir le col par des injections, des bains, etc.; mais a-t-on réussi par ce oyen?

L'expulsion du liquide ayant ordinairement lieu dans un effort, dans un mou-ment brusque, dans l'action de se baisser, etc., on a conseillé (Monro, Astruc) *sternutatoires,* les *vomitifs,* les *violents purgatifs :* mais il n'est pas démon-par l'expérience que ces moyens aient les avantages qu'on leur a supposés, et ourraient avoir des inconvénients faciles à concevoir.

il s'agit d'une constriction du col de l'utérus, on doit recourir aux *narcoti-s,* et principalement à la *belladone* en frictions sur le col et sur l'hypogastre.

i l'ouverture du col de l'utérus est obstruée, on cherche à *enlever l'obstacle* le doigt, à l'aide d'un stylet, d'une sonde; par des injections portées jusque l'ouverture du museau de tanche. On a quelquefois réussi de cette manière à lre libre le canal et à procurer l'évacuation du liquide. Après cette évacuation, oit veiller à ce qu'un nouvel obstacle ne se forme pas.

i c'était un polype qui empêchât le liquide de s'échapper, il faudrait l'extirper, s'il y avait contre-indication à cette opération, introduire une *sonde plate* en-ni et les parois utérines jusque dans la collection séreuse.

il y a simple étroitesse du col, on peut le *dilater* en y introduisant un petit d'*éponge préparée,* ou une sonde de caoutchouc armée d'un mandrin qu'on pénétrer avec précaution.

nfin *s'il y a occlusion complète du col,* par adhésion de ses lèvres et si l'hy-métrie cause des accidents graves, on a recours à la *ponction.* Wirer fit

succès la *ponction hypogastrique*, à l'aide de laquelle il fit l'extraction de plus d
26 kilogrammes d'un liquide épais, noirâtre et sanguinolent. D'autres auteurs o
proposé la *ponction du col au fond du vagin ;* mais on n'a pas bien établi l'utili
de cette opération, et M. Cruveilhier a cité un fait dans lequel cette ponction a é
suivie de mort.

Lorsque, par un des moyens précédents, on a évacué le liquide, il faut établi
sur l'abdomen une *compression* qui s'oppose à ce que la collection se reprodui
On insiste en même temps sur les injections et les bains. Parfois on est forcé d'in-
troduire chaque jour la sonde dans le col, jusqu'à guérison complète, et quelqu
médecins proposent même de laisser une sonde à demeure, tandis que d'autr
craignent, en agissant ainsi, de produire une irritation fâcheuse de l'utérus.

ARTICLE XVI.

RUPTURE DE L'UTÉRUS.

La rupture de l'utérus ne s'opère presque jamais que pendant l'accouchem
c'est donc principalement aux *traités d'obstétrique* qu'il faut demander de gr
détails sur ce redoutable accident.

Causes. — S'il existe des *vices de conformation* du bassin qui s'oppo
énergiquement et longtemps à la sortie du fœtus, les femmes sont exposées à la r
ture de l'organe ; il en est de même si l'utérus est *aminci* par une trop gr
quantité d'eau qui le distend, par plusieurs fœtus, etc. Dans certaines circ
stances, il survient une inflammation avec *ramollissement* d'une plus ou mo
grande étendue des parois utérines, et la partie ramollie cède dans une cont
tion de l'organe ; d'autres fois l'utérus est altéré, *désorganisé* par une lésion ch
nique profonde ; il suffit, en un mot, que par une cause quelconque les parois
l'utérus offrent un point faible, pour que dans ce point l'organe cède à la pr
sion du fœtus qui passe dans la cavité péritonéale.

Dans l'*état de vacuité* il faut qu'il y ait préalablement *distension de l'utérus p*
un liquide ; on en a cité trois exemples : dans deux, la matrice était distendue p
une collection sanguine.

Une *violence extérieure* a quelquefois produit le même effet que les contracti
utérines dont nous venons de parler ; cette cause peut agir dans l'état de vac
aussi bien que dans l'état de grossesse. Il suffit, pour qu'elle produise la rupt
que l'utérus soit considérablement distendu soit par un corps solide, soit sur
par un liquide.

Symptômes. — Les symptômes de cette rupture sont ceux que nous avons d
plusieurs fois décrits à propos des déchirures des divers organes creux, avec pa
sage dans le péritoine du liquide qu'ils contenaient. Il y a néanmoins quelq
modifications qui dépendent, et des circonstances dans lesquelles se pro
l'accident, et de l'étendue de la solution de continuité qui s'est opérée da
matrice.

La rupture est-elle survenue pendant l'accouchement, elle peut être trop p
étendue pour permettre le passage du fœtus dans l'abdomen, ou au contr
avoir permis ce passage. *Dans le premier cas*, il y a quelque chose de sembla

ous avons observé dans les *ruptures de la rate*. D'abord une *douleur vive, iété extrême*, une *sensation de chaleur* qui se répand dans l'abdomen; ninution de la douleur, et apparition de syncopes, d'horripilations, d'une oide; en un mot, des symptômes d'une hémorrhagie interne qui emporte des sans laisser de traces d'inflammation dans le péritoine. Si néanmoins rhagie n'est pas très abondante, la péritonite peut survenir et causer ment la mort, avec les souffrances et les autres symptômes qui lui sont

péritonite suraiguë survient presque constamment *dans le deuxième cas*, lire lorsque le fœtus a passé dans la cavité péritonéale. Une *douleur déchi*-accompagnée quelquefois d'un *bruit de craquement* perçu par la malade, *nue tout à coup*, annonce l'accident. Puis apparaissent les phénomènes rrhagie interne et de péritonite, et la femme peut être enlevée en peu s.

cité néanmoins un certain nombre de cas de guérison. Si la rupture est ndue ou incomplète, l'hémorrhagie peut parfois être arrêtée; la péritonite beaucoup plus facilement prévenue que dans les cas où un liquide âcre et est versé dans le péritoine, et la malade se rétablit après des souffrances moins longues.

terminaison heureuse a été observée même dans des cas où l'œuf avait passé cavité péritonéale. Les premiers accidents s'étant calmés, on observe les ènes d'une grossesse extra-utérine; il se forme un kyste, et la malade peut nsi de longues années. On a même, dans quelques cas rares, vu les kystes se ns l'intestin et même au dehors, et la maladie se terminer ainsi d'une ma-vorable.

pture qui a lieu *dans l'état de vacuité* est, chose singulière au premier plus grave que celle qui se produit dans la grossesse; du moins les cas de e qui ont été cités se sont tous terminés par la mort. Cela tient, selon s probabilités, à ce que le liquide qui s'est épanché dans le péritoine, ayant lités irritantes analogues à celles du liquide versé par les perforations intes-a produit plus facilement la *péritonite suraiguë* si fréquemment mortelle.

ms. — On trouve, après la mort, l'utérus divisé irrégulièrement dans une très variable. Les bords de la division sont lacérés, ordinairement noi-infiltrés de sang, couverts de matière purulente lorsque la femme a survécu temps, ramollis ordinairement, ou présentant les altérations propres à la e, au cancer, etc. Dans le péritoine on trouve un épanchement de sang xtrêmement considérable, et ordinairement une partie de l'eau de l'amnios us. Des traces d'inflammation péritonéale (suppuration, fausses membranes) ntrent aussi lorsque la malade n'a pas été emportée très rapidement.

ostic. — *Si la déchirure est incomplète*, on en soupçonne l'existence à ion subite des douleurs et à l'état de vive anxiété de la malade; mais ces e peuvent fournir une certitude complète. Si l'hémorrhagie est très consi-les résultats de la percussion, joints aux symptômes propres à l'hémor-nterne, viendront éclairer le médecin.

ue la rupture est complète, il y a encore une distinction à faire: ou bien nu de la matrice a passé *dans le péritoine*, ou bien il ne s'est épanché

[redacted]

qu'une petite quantité de liquide, le fœtus et ses annexes restant dans
utérine. Dans ce dernier cas, le diagnostic est tout aussi peu certain
ceux où la rupture est incomplète, et c'est surtout sur l'apparition subite
dents qu'il faut fixer son attention.

Lorsque le fœtus a passé dans la cavité utérine, le diagnostic n'est plu:
La région hypogastrique s'affaisse, et l'on trouve au contraire dans l'abc
tumeur qu'à sa forme on reconnaît pour être le fœtus. En pareil cas,
rectal peut être utile.

L'affaissement de la région hypogastrique et la matité qui existe dans
servent, avec les symptômes décrits plus haut, à faire reconnaître le ṗ
liquide de l'utérus dans le péritoine par suite de la rupture de cet or
de l'état de grossesse.

Le *pronostic* doit être considéré comme excessivement grave, et les c
rison cités plus haut ne sont que d'heureuses exceptions.

Traitement. — Le traitement, lorsqu'il s'agit d'une rupture incompl
termine une hémorrhagie intense, doit être d'abord celui qu'on oppose à
hémorrhagies abondantes (repos, froid, etc.) ; puis il importe de *hâter l'*
ment; enfin il faut combattre les symptômes de péritonite dès qu'ils se m

Les mêmes moyens doivent être dirigés contre la rupture complète, s
fœtus soit resté dans la cavité utérine, soit qu'il ait passé dans le périt
ce dernier cas présente quelques particularités qu'il importe de signaler
sage du fœtus dans la cavité péritonéale *est-il incomplet*, voici comme
agir, suivant M. P. Dubois (1) : « Le *forceps*, si la tête est restée dans
n'est pas trop élevée ; l'*extraction par les pieds*, si c'est l'extrémité pel
se présente, ou si la tête, se présentant, n'est pas accessible au forceps.
fussent-ils dans la cavité péritonéale, il ne faudrait pas craindre d'aller le
à travers la crevasse, pourvu qu'on procédât avec beaucoup de prudence
ceur dans cette manœuvre, et dût-on, pour pénétrer plus facilement, a
plaie de l'utérus par un *débridement* ménagé. » *Le fœtus a-t-il passé en*
la cavité péritonéale, cette circonstance « n'exclurait pas tout à fait, dit
l'*introduction de la main* par la solution de continuité ; mais il faudrait
qu'elle fût large, que l'organe ne fût que très incomplétement rétracté.
tures du col offrent seules les conditions favorables ; celles du corps so
rapport, bien différentes, et si le fœtus était complétement tombé dans
mort ou vivant, il devrait être, d'après ce que nous avons dit plus ha
par l'*opération de la gastrotomie.* »

ARTICLE XVII.

NÉVRALGIE DE L'UTÉRUS. — HYSTÉRALGIE.

Rien n'est plus vague que ce que les auteurs ont décrit sous le nom
gie utérine, *hystéralgie*, *métralgie*, *utéralgie*. On les voit, en effet, r
ces noms les douleurs dues à une congestion sanguine, à une ulcérat
autre lésion quelconque, aussi bien que celles qui se montrent sans qu'
attentif puisse faire reconnaître une altération de l'organe. Il est vrai

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. UTÉRUS (rupture), t. XXX, p. 329.

quelques cas ils font remarquer que la violence des douleurs n'est pas en rapport avec la lésion, et que leur forme est celle des douleurs névralgiques; mais ce n'est pas là résoudre la question. Bien plus, dans les cas mêmes où aucune lésion de l'utérus ne pouvait rendre compte des symptômes douloureux, on n'a pas recherché si le mal avait sa source ailleurs que dans l'organe lui-même, dans les nerfs lombaires, par exemple. Or, depuis que notre attention est fixée sur les *névralgies*, nous avons observé mainte fois de vives douleurs utérines sans altération appréciable de l'organe; mais aussi, en pareil cas, on trouve vers les lombes, le long de la crête iliaque et dans l'hypogastre, des points douloureux qui font voir que ces douleurs utérines faisaient simplement partie d'une névralgie *lombo-abdominale*.

Il est néanmoins permis d'admettre que la névralgie peut être bornée à l'utérus. Dans toutes les névralgies, en effet, on trouve des exemples d'une pareille limitation du siége de la maladie. Ainsi, dans la névralgie cervico-brachiale, la maladie peut être bornée à la partie du nerf cubital ou du nerf radial qui occupe l'avant-bras; on a vu des névralgies n'occupant qu'un nerf plantaire; mais ces cas ne doivent pas être considérés autrement que comme de simples variétés de la névralgie qui envahit ordinairement une étendue beaucoup plus considérable du nerf.

Ainsi donc, d'une part, dans un bon nombre de cas, on a considéré, comme propres à une névralgie, des douleurs qui pouvaient bien suivre le trajet des nerfs, mais qui, produites par une lésion évidente, ne doivent pas être regardées comme des affections purement nerveuses, ce que le nom de *névralgie* porterait à croire; et, de l'autre, lorsqu'il y a des douleurs purement nerveuses, on peut les rattacher à une des névralgies que nous avons étudiées.

Cette maladie, jusqu'à présent presque complétement méconnue et qu'on prenait ordinairement pour une métrite, une dysménorrhée, etc., commence à être beaucoup mieux connue depuis que nous l'avons signalée et que nous en avons fait connaître les véritables caractères (1). C'est d'elle que se sont occupés M. Malgaigne (2), M. Beau (3) et M. Marrotte (4), qui ont apporté de nouvelles lumières dans son histoire. C'est contre elle aussi qu'ont été dirigés plusieurs traitements particuliers, tels que les cautères, les vésicatoires sur les lombes, la cautérisation de cette région au fer rouge, et même l'*introduction du cautère rougi à blanc à la profondeur de 4 ou 5 centimètres*, opérée avec succès par M. Jobert, de Lamballe (5).

L'existence de l'hystéralgie n'est plus contestable aujourd'hui; il reste seulement des points obscurs dans son histoire. Chomel (6) considérait comme très communes les douleurs utérines sans lésions. Scanzoni, au contraire, regarde la névralgie utérine comme rare et dit n'en avoir observé que trois exemples. M. Becquerel dit qu'elle se développe à propos des affections utérines les plus diverses, mais, selon la remarque de M. Nonat, il se pourrait que cet auteur eût

(1) *Traité des névralgies*, et *Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1847.
(2) *Revue médico-chirurgicale*, 1848.
(3) *Les névralgies lombo-abdominales considérées comme symptômes des affections de l'utérus*, par M. Axenfeld (*Union médic.*, avril 1850).
(4) *De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus* (*Arch. gén. de méd.*, avril et mai 1860).
(5) *Gazette des hôpitaux*, juin 1853.
(6) *Dictionnaire* en 30 vol., art. UTÉRUS.

confondu avec l'hystéralgie toutes les douleurs inflammatoires des métrites.
M. Aran (1) ne paraît pas attacher une grande importance aux douleurs névral-
ques, car il ne les indique que sommairement.

M. Nonat, au contraire, y insiste avec raison, et nous donnons ici une cou
analyse du chapitre qu'il consacre à l'hystéralgie (2).

Cet auteur distingue d'abord l'hystéralgie en *primitive* et *secondaire*, en *idio-*
pathique et *symptomatique*. L'hystéralgie primitive est celle dans laquelle la dou-
leur nerveuse débute par l'utérus pour se propager de là dans différentes régio
du corps; l'hystéralgie secondaire est celle qui se montre consécutivement à u
névralgie développée sur un autre point de l'organisme; les expressions de prim
tive et secondaire ne sont donc pas synonymes des mots idiopathique et symptoma-
tique, termes dont la valeur est bien connue. Comme on le voit, M. Nonat accep
et associe les opinions divergentes de Valleix et de M. Bassereau (3). Pour le pr
mier toute névralgie utérine avait son point de départ à la périphérie, c'est-à-di
dans une névralgie lombo-abdominale; le point douloureux de l'utérus était un
centres ou aboutissants de cette névrose. Pour M. Bassereau, c'est l'inverse
aurait lieu : «Je n'ai trouvé, dit cet auteur, parmi les cas que j'ai observés, qu'
seul appareil organique dont l'état morbide me paraisse pouvoir être rega
comme le point de départ évident de la névralgie intercostale; je veux parler
l'utérus et de ses annexes.» Il nous paraît sage d'adopter l'une et l'autre opini

L'hystéralgie *idiopathique* survient quelquefois, selon MM. Malgaigne et No
chez des jeunes filles vierges de seize à vingt ans; mais le plus ordinairement ch
des femmes ayant eu des rapports sexuels, et pendant toute la période génitale
les causes occasionnelles sont dans ces cas des circonstances d'excitation direc
comme l'onanisme, les abus de coït, les désirs trop longtemps contenus, ou l
excitations indirectes, telles que l'équitation, le cahot d'une voiture, le frott
des appartements, etc. L'hystéralgie *symptomatique* se développe à propos d
toutes les altérations matérielles de l'utérus et de ses annexes. M. Nonat reconn
comme causes principales la métrite interne et le phlegmon péri-utérin.

L'affection névralgique qui nous occupe se caractérise, selon M. Nonat : 1° par
une douleur sourde, gravative, qui est habituellement continue, ou qui, du moins,
persiste pendant un long temps; 2° par une douleur assez vive, aiguë, rapide,
intermittente, et présentant des caractères variables, tantôt térébrante, tantôt pon-
gitive, mais le plus souvent lancinante : les malades la comparent à une morsure,
à un déchirement, à un élancement violent, à un coup d'éclair, etc. Ces deux
formes de douleur existent tantôt isolément, tantôt simultanément; d'autres fois
elles se montrent d'une manière alternative. Ces douleurs sont générales ou par-
tielles; et il existe très ordinairement un point douloureux au côté gauche du col
(Malgaigne); nous avons eu l'occasion de constater la réalité et la fréquence de ce
fait, que cependant M. Nonat ne croit pas constant.

Les douleurs aiguës éclatent à l'occasion des causes les plus diverses et souvent
à des heures presque fixes. Elles amènent une turgescence sanguine caractérisée

(1) *Loc. cit.*, voyez pages 113, 145 et 146.
(2) *Loc. cit*, p. 393.
(3) *Essai sur la névralgie intercostale, considérée comme symptomatique de quelques affections viscérales*, thèse. Paris, 1840, in-4°.

par la chaleur du vagin, une sécrétion muqueuse abondante, et des modifications notables dans les règles (1). Des irradiations douloureuses ont lieu vers les aines, les lombes; et, ainsi que l'a indiqué M. Bassereau, on observe souvent des névralgies faciales, cervico-brachiales et surtout intercostales. Ici nous rappellerons la divergence d'opinions de Valleix et de M. Bassereau : ce dernier attribue à l'hystéralgie les névralgies périphériques, tandis que le premier considère l'hystéralgie comme l'aboutissant des névralgies en question.

Nous n'avons rien à dire de la marche de l'hystéralgie, parce qu'elle diffère peu de celle des névralgies en général; mais nous devons faire remarquer qu'elle persiste souvent après la guérison de l'affection dont elle est le symptôme, et que dans ce cas elle demande un traitement particulier.

Dans le traitement on doit avoir égard à la cause de l'affection. Si elle est symptomatique, les moyens les plus efficaces pour la faire disparaître sont ceux qui guérissent la maladie primitive. Si elle est idiopathique, elle réclame des moyens particuliers; nous n'avons à mentionner que ces derniers, applicables aussi aux cas où l'hystéralgie symptomatique persiste après la guérison de la maladie principale.

Il ne faut pas beaucoup compter sur les topiques appliqués à quelque distance du mal, comme sur l'hypogastre; cependant ils peuvent soulager. Ces topiques sont : les cataplasmes émollients, simples ou laudanisés, les onctions avec les pommades opiacées, belladonées, etc., les frictions avec des pommades à l'éther ou au chloroforme, les vésicatoires simples ou morphinés, les bains de siége, les lavements, etc.

Les topiques directs sont préférables : tels sont les injections narcotiques, les sachets médicamenteux dont nous avons déjà parlé, les injections d'acide carbonique ou de vapeur de chloroforme (2), les vésicatoires appliqués sur le col de l'utérus, ou enfin la pâte médicamenteuse proposée par M. Aran (3). Voici comment procède ce praticien : « Le col mis à nu, je verse la quantité voulue de liquide (laudanum, teinture d'iode, solution d'alun, de sulfate de zinc, de tannin, eau blanche, vin rouge) dans le spéculum, et si la substance n'est pas susceptible d'entrer en combinaison avec l'amidon, j'en jette de 4 à 10 grammes en poudre dans le fond du spéculum. En quelques instants la substance est absorbée, et il ne reste plus qu'à retirer l'instrument. Si le médicament peut se combiner avec l'amidon, je fais choix d'une autre poudre inerte, celle de lycopode, par exemple. »

Comme on connaît peu le mode d'application des *vésicatoires* sur le col de l'utérus, nous donnerons ici quelques détails sur ce sujet, d'après M. Aran. Le col utérin étant mis à découvert, on absterge les mucosités ou le sang, et l'on porte sur le col, avec de longues pinces, une rondelle d'emplâtre vésicatoire de la grandeur du col. Après divers essais, M. Aran est revenu à l'usage de l'emplâtre

(1) M. Marrotte a publié sur ce sujet un mémoire du plus grand intérêt, dans lequel il montre que ces épiphénomènes des névralgies lombo-utérines sont de nature à induire en erreur, en faisant croire à l'existence d'une affection idiopathique de l'utérus. Il nous est impossible d'analyser ce travail, que nous engageons le praticien à consulter dans les *Archives générales de médecine* (avril et mai 1860).

(2) Voyez article *Dysménorrhée*, t. V, p. 79.

(3) *Leçons cliniques*, page 225.

vésicatoire du Codex, qui est plus adhérent que les toiles et les solutions vésicante On étale la rondelle avec soin, en appuyant sur les anfractuosités et les saillies q pourraient empêcher une application exacte; dans certains cas même, on se trou bien de fendre la rondelle en plusieurs points sur les bords, pour avoir une coa tation plus parfaite. Une grosse boulette de charpie, liée dans son milieu avec u fil double un peu long, sèche, ou mieux encore trempée par l'une de ses extrém tés dans le collodion ordinaire, est portée jusque sur l'emplâtre et soutenue p deux ou trois bourdonnets de charpie sèche; puis, maintenant le tout en pla avec les pinces, on retire le spéculum. Le vésicatoire est laissé en place vingt-quat ou quarante-huit heures, suivant les circonstances, et la malade doit garder repos.

L'application du vésicatoire, dit M. Aran, n'est pas douloureuse; le collodi seul détermine un peu de cuisson passagère. Quatre ou six heures après, il se pr duit une sensation de picotement et de chaleur, suivie d'un écoulement sére abondant qui rappelle par tous ses caractères l'exsudation du vésicatoire, rouss comme elle et empesant le linge de la même manière. Les douleurs cessent l'écoulement continue en devenant quelquefois purulent. Une simple tracti exercée sur le fil demeuré à l'extérieur suffit pour enlever le vésicatoire; quelqu fois il convient d'employer le spéculum. Des injections ou un pansement avec pâte laudanisée sont nécessaires; dans quelques cas il convient de soutenir l'a tion irritante du vésicatoire par des pansements avec la teinture d'iode.

L'application du vésicatoire sur le col utérin ne détermine pas la formation phlyctènes ou bulles, si ce n'est dans des cas très rares, à cause de la minceur de l'adhérence de l'épithélium; cette membranule est seulement épaissie, froncé opaque au niveau du vésicatoire, et sur les limites du point d'application on r marque une rougeur en forme d'anneau.

Enfin, après l'application des vésicatoires, il reste pendant deux ou trois jou un écoulement purulent; l'épithélium se détache et est remplacé par une mem brane fine; ou, si l'application a eu lieu sur des érosions, l'ulcération reste lon temps d'un rouge vif.

Après M. Aran, M. Robert Johns a proposé de remplacer le vésicatoire p la solution suivante, dont on applique plusieurs couches, avec un pinceau, sur partie vaginale du col.

℞ Solution éthérée saturée de cantharides.............	2	parties.
Solution de gutta-percha dans le chloroforme.........	1	—

M. Aran n'a pas pu obtenir de résultats par l'emploi de cette solution qui se d compose par le mélange.

M. Malgaigne (1) a proposé l'*incision du col utérin*, opération qu'il consid comme une sorte de spécifique de la névralgie utérine. M. Nonat dit n'avoir j mais obtenu par ce mode de traitement qu'un soulagement momentané. Enfin dernier auteur, après avoir parlé de l'*électrisation*, propose surtout la *cautéri tion transcurrente superficielle*, non pas sur le col utérin, mais sur l'hypogast *les lombes*, et enfin sur tous les points où se montrent les irradiations névralgiqu Nous renvoyons pour l'indication de ce procédé à l'article *métrite interne* (p. 152

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1848.

CHAPITRE IV.

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

Nous n'avions que des données encore incertaines sur divers points de l'histoire s déviations utérines, lorsque M. Simpson à Édimbourg, Kiwisch à Prague, et isieurs médecins à Paris, sont venus en faire un des sujets qui offrent le plus ntérêt au praticien.

Comment s'est-il fait que les recherches entreprises il y a vingt-cinq ans sur les ladies de l'utérus ont laissé presque généralement de côté les déviations utées, et que quelques médecins isolés s'en occupaient seuls ? Par deux causes ncipales qui sont : 1° l'usage presque exclusif du spéculum ; 2° l'inutilité de sque tous les moyens de traitement qu'on dirigeait contre ces affections.

Lorsque le spéculum fut si heureusement remis en usage par Récamier, on s'oc- a tout spécialement des lésions qu'il faisait apercevoir, et bien qu'il puisse faire nnaître que l'utérus est dévié, on ne pouvait en tirer aucun parti sous ce rapt, parce qu'on ne l'employait pas comme il convient. On cherchait, en effet, à ir le col par tous les moyens, au lieu de chercher à voir comment il se présen- naturellement au spéculum. Dès lors, les déviations devaient être méconnues. si les connaissait-on mieux lorsqu'on n'employait encore que le toucher, et étude, dans ces derniers temps, a-t-elle fait particulièrement des progrès entre mains de ceux qui, comme Kiwisch et M. Simpson, ont mis en usage et le cher et le *cathétérisme utérin*.

Quant au découragement que faisait généralement éprouver l'extrême difficulté les guérir, ainsi que l'inutilité de l'immense majorité des moyens thérapeutiques ployés, on le trouve partout, et M. Velpeau l'a exprimé par ces mots significa- rapportés par M. Grimaud (1) : « *Les déviations utérines ne guérissent pas n'occasionnent pas la mort.* » Or, il est peu surprenant que l'étude d'affections gardées comme incurables ait été presque abandonnée malgré leur fréquence, la gue série des symptômes sérieux qu'elles occasionnent, l'état souvent insuppor- ble dans lequel elles maintiennent les femmes, et l'embarras extrême dans lequel es placent si souvent le praticien.

Ces causes ont cessé d'exister. Les moyens d'exploration sont devenus précis et mples ; des guérisons remarquables ont été obtenues, et nous pouvons donner istoire détaillée des déviations utérines.

ARTICLE Ier.

DÉVIATIONS UTÉRINES EN GÉNÉRAL.

Il n'est pas bien certain qu'Hippocrate (2) ait connu les déviations utérines, car passages dans lesquels on a cru reconnaître ces maladies laissent beaucoup de

(1) *Thèse*. Paris, 1851.
(2) *Voy. Œuvres d'Hippocrate, trad.* par Littré, t. VII, *De la nature de la femme* ; t. VIII *maladies des femmes.*

doutes. Aétius (1) a, au contraire, bien désigné ces maladies et même a recommandé l'usage du *tampon rectal* pour les guérir. Quant à Ambroise Paré (2), il les a indiquées d'une manière très vague, les attribuant aux prétendues migrations de l'organe dans l'abdomen. Plus tard, Morgagni (3) a cité un cas de renversement déterminé, suivant lui, par l'engorgement du foie et de la rate. Levret (4), bien qu'il se soit occupé spécialement des déviations utérines chez les femmes enceintes, n'a cependant pas méconnu celles qui surviennent dans l'état de vacuité, puisqu'il a signalé la rétroversion chez les vierges.

[Selon M. Cusco (5), Walter-Wall, éclairé par les observations de Grégoire (de Paris) aurait recueilli en 1754 un fait de rétroversion pendant la grossesse. Ce cas, communiqué à William Hunter, aurait provoqué des recherches multipliées de la part de cet auteur et de celle de Linn, Hooper, Bird, Garthshore (1777). Ce n'est que dix ans plus tard que Frédérick Jahn (6) reproduisit les remarques de W. Hunter. « Le premier ouvrage qui paraît traiter positivement de l'inflexion de l'utérus, dit M. Cusco, est un petit mémoire de Saxtorph, publié en 1775 ; son titre est : *De ischuria ex utero reflexo ;* mais il est facile de voir qu'il y a confusion de langage et qu'il s'agit encore d'une simple rétroversion.... J'arrive à Wltczek (Ignatius) : *De utero reflexo morbo gravidis perniciosissimo*, et cette fois le titre de l'ouvrage est d'accord avec le sujet. »

Après plusieurs autres citations historiques plus intéressantes pour le bibliophile que pour le praticien, M. Cusco fait observer que la véritable connaissance des déviations utérines ne fût bien établie en France que depuis les communications faites à l'Académie de chirurgie, par Chopart, qui les tenait de Hunter, bien que la première notion fût venue de France trente ans auparavant. Et le même auteur ajoute « qu'il s'est passé, à la fin de cette période, un fait assez analogue à celui qui l'a commencée. Il y a une quinzaine d'années, M. Velpeau imagina le cathétérisme et le redresseur intra-utérins. Cette idée doublement féconde, au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, n'a point eu de succès jusqu'ici ; mais passée entre les mains de Kiwisch, entre celles de Simpson, elle se mûrit, prit un corps, et revint, dix ans après, étayée de noms puissants, de faits nombreux, se soumettre à notre jugement. Remercions M. Huguier et Valleix de ne pas l'avoir laissée tomber encore une fois, et de nous avoir fourni les moyens d'en apprécier la valeur pas nous-mêmes. »]

MM. Martin, de Lyon (7), et Bazin (8) ne se sont occupés que de la rétroversion, et il faut arriver à M. Ameline (9) pour trouver un auteur qui se soit occupé de l'antéversion d'une manière particulière. M. Lacroix (10) a résumé assez exac-

(1) *Tetralogia*, cap. 77.
(2) *OEuvres complètes*, édit. Malgaigne. Paris, 1841, t. II, p. 752.
(3) *De caus. et sed. morb.*, epist. XLVI, 16.
(4) *Journal de médecine de Vandermonde*, 1773.
(5) *De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853.
(6) *De utero retroverso*. Iéna, 1787.
(7) *Mémoire sur la rétroversion*.
(8) *De la rétroversion*, 1827.
(9) *Essai sur l'antéversion de l'utérus*, thèse. Paris, 1827, n° 55.
(10) *Annales de la chirurgie française et étrangère*. Paris, 1845, t. XIII, p. 420 et suiv.

ement l'état de la science sur la rétroversion. Madame Boivin et Dugès (1) ont ourni des observations intéressantes sur les déviations utérines, et M. Hervez de Chégoin (2) a publié un mémoire important sur ce sujet.

Jusque-là on n'avait que les moyens d'exploration ordinaires, et nous avons vu que peu de médecins les mettaient en usage depuis qu'on se servait du spéculum. Il semble résulter d'un passage de Kiwisch (3) qu'il a le premier insisté sur l'idée d'employer la sonde utérine, imaginée par M. Velpeau, et à laquelle M. Huguier a donné le nom d'*hystéromètre*. Cet auteur, dont les études sur les affections utérines ont une très grande valeur, dit en effet, « Il est étonnant que personne ne se soit encore (la 1[re] édition de Kiwisch est de 1845) servi de ce *moyen indispensable* d'exploration ; seul le professeur Simpson, d'Edimbourg, comme il résulte d'un article du *London and Edinburgh monthly Journal*, août 1843, a commencé à se servir d'une sonde semblable à la mienne et en a obtenu les mêmes résultats. » Ce qu'il y a de certain, c'est que Kiwisch est un des premiers qui aient étudié les déviations utérines et les aient traitées d'une manière toute particulière.

M. Simpson (4) a publié sur ce sujet des mémoires importants et qui ont particulièrement fixé l'attention en France, où les écrits anglais sont plus connus que les allemands. Aussi est-ce après leur publication que le traitement des déviations utérines par le redressement complet s'est répandu rapidement.

Vient ensuite une longue liste d'auteurs qui prouve tout l'intérêt que ce sujet a inspiré dans ces derniers temps. Nous citerons MM. Velpeau, P. Dubois, Hervez de Chégoin, Huguier, Malgaigne, Robert, Récamier, Amussat, Jobert (5), etc., qui tous ont observé ces maladies et ont pris une grande part à la discussion qui a eu lieu à l'Académie à ce sujet.

En Allemagne, après Kiwisch, les déviations utérines n'ont pas été négligées. Nous voyons les docteurs Rokitansky et Virchow (6) nous donner de très bonnes notions sur l'anatomie pathologique de ces affections ; ce dernier et le docteur Mayer (7) éclairer plusieurs points de leur histoire ; les docteurs Sommer (8) et Reinhard (9) se livrer à des recherches intéressantes sur ce sujet, de telle sorte que les documents nous arrivent de tous côtés.

En Angleterre et en Amérique les travaux se multiplient également. Je citerai MM. Protheroe Smith (10), Beattie (11), Rigby (12), Samuel Edwards (13),

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833.
(2) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 319.
(3) *Des maladies utérines*, 3e édit Prague, 1851.
(4) *Contributions to the pathol. and treat. of the uterus* (*London and Edinb. monthly Journ.*, t. III). — *Sur la fréquence, le diagnostic, et le traitem. de la rétroflexion ou rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité* (*Dublin quarterly Journ.*, t. V).
(5) *Discussion à l'Académie* (*Bulletins de l'Académie de médecine*, Paris, 1849, t. XV, p. 38 à 421).
(6) *Des flexions de l'utérus*. — Voy. *Schmidt's Jahrbücher*, Jahrgang, 1851, par le docteur Sickel.
(7) *Ibid.*
(8) Giessen, 1850.
(9) Voy. Sickel, in *Schmidt's Jahrbücher* (*loc. cit.*).
(10) *Obstetric. Record.*
(11) *Dublin quart Journ.*, 1847.
(12) *Medic. Times*, 1849.
(13) *Provinc. med. and. surg. Journ.*, juin 1849.

[redacted]

Cumming (1), Bond (2), Mac Cready (3), et nous pourrions multiplier ces citations.

Enfin, en France, ces dernières années ont été marquées par plusieurs publications du même genre. Ainsi nous trouvons le mémoire de M. Baud (4), qui a donné lieu à la discussion de l'Académie de médecine en 1849 ; la thèse de M. Dufraigne (5), celles de M. Grimaud (6) et de M. Piachaud (7), qui ont traité diverses parties du sujet.

[Les recherches de MM. Boulard (8) et Verneuil (9) viennent ensuite jeter un jour nouveau sur l'étiologie des inflexions utérines. La thèse de M. Cusco (10) établit des distinctions étiologiques remarquables entre les déviations et les flexions, et nous lui emprunterons plusieurs faits. Valleix (11) lui-même a fait diverses publications sur ce sujet important, et M. Michon en a fait l'objet de leçons cliniques publiées par son interne, M. Zambaco (12). Enfin, on trouve de nouveaux renseignements du plus haut intérêt dans les nombreux travaux modernes sur les maladies de l'utérus, tels que ceux de MM. Scanzoni, Becquerel, Nonat, Aran, Huguier, Dunal (13), Bernutz et Goupil (14).]

Il est de toute évidence qu'un sujet qui a fixé à ce point l'attention des médecins les plus compétents de notre époque a une grande importance, et l'abondance des documents que nous avons pu recueillir nous promet un progrès réel dans l'histoire de ces affections si fréquentes, si douloureuses ordinairement, et de si longue durée.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence, divisions.

Il y a *déviation de l'utérus*, avons-nous dit dans nos leçons cliniques, toutes les fois que l'axe de cet organe ne correspond plus, en tout ou en partie, à celui du détroit supérieur du bassin.

Les déviations utérines ont reçu les noms de *renversement, déplacement, renversement transversal* (Levret); *antéversion et rétroversion* (Desgranges); *delapsus, reclinatio* (rétroversion), *pronatio uteri* (antéversion), Moeller; *antéflexion* (Ameline) et *rétroflexion; latéroversion, latéroflexion*, etc., suivant l'espèce de déviation qu'on voulait désigner.

(1) *Edinburgh monthly Journ.*, 1849.

(2) *Americ. Journ. of medic. sciences*, 1849.

(3 *Americ. Transact.*, 1849.

(4) *Déviation et engorgement de l'utérus, moyen nouveau pour les guérir* (*Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 58.).

(5) *De la rétroflexion* thèse. Paris, 1851.

(6) *De l'antéversion de la matrice*, thèse. Paris, 1852.

(7) *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852.

(8) *Thèse* Paris, 1853.

(9) *Mémoires de la Société de chirurgie.*

(10) *Thèse pour l'agrégation*. Paris, 1853.

(11) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, 1851 et 1852. — *Journal de médecine de Toulouse*, 1851 : *Leçon faite à l'Hôtel-Dieu de Toulouse*, recueillie et rédigée par M. le docteur Gaussail. *Des déviations utérines* (leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié, recueillies et rédigées par M. Gallard, *Union médicale*, 1852).

(12) *Moniteur des hôpitaux*, 1853.

(13) *Études médico-chirurgicales sur les déviations utérines* Paris, 1860. Ce mémoire reproduit en partie les opinions de M. Cusco.

(14) *Clinique medicale sur les maladies des femmes* (sous presse).

[redacted]

Bien souvent ces maladies sont désignées sous le nom vulgaire de *descente de matrice*, parce que, dans les déviations, l'utérus est plus ou moins abaissé ; mais ce nom est impropre ici, et ne doit s'appliquer qu'aux cas où, en conservant sa direction normale, l'organe se porte plus ou moins bas vers l'orifice du vagin, ou même le dépasse, auquel cas il y a véritable *prolapsus*.

Tous les médecins qui s'occupent des maladies de l'utérus savent que les déviations sont des maladies très fréquentes ; mais on n'est pas d'accord sur la fréquence relative des diverses espèces. Kiwisch et le docteur Mayer ont trouvé plus de déviations en arrière qu'en avant ; d'autres ont vu les déviations en avant plus fréquentes. C'est un point qui ne pourra être résolu que par des recherches très multipliées, parce que tantôt on observe une longue série d'une certaine espèce, tandis que, plus tard, on ne voit guère qu'une espèce différente.

A l'époque où nous avons fait nos leçons cliniques, nous avons trouvé 35 déviations en avant et 33 en arrière : à peu près le même nombre. Depuis lors, nous avons vu un grand nombre de ces cas, mais les notes ne nous ayant pas été toutes remises, nous n'avons pu en réunir que 49, dont 28 déviations en avant et 20 en arrière. Ce qui nous donne, en réunissant les deux séries, 63 déviations en avant et 54 en arrière. Ces dernières seraient donc un peu moins fréquentes ; mais ce sont des recherches qu'il faut encore poursuivre.

Nous avons divisé les *espèces* de déviations en trois groupes distincts qui sont les suivants :

Ier GROUPE. — Déviations en avant :

1° Antéversion simple ;
2° Antéflexion ;
3° Variétés qui consistent dans une antéversion avec flexuosités diverses.

IIe GROUPE. — Déviations en arrière :

1° Rétroversion simple ;
2° Rétroflexion ;
3° Variétés qui consistent dans une rétroversion avec flexuosités diverses.

IIIe GROUPE. — Déviations latérales :

1° Latéroversion ;
2° Latéroflexion.

Il est important de fixer la valeur de ces dénominations, afin que dans le diagnostic il n'y ait pas de malentendu, et qu'on ne regarde pas comme des erreurs de fait ce qui ne serait que des erreurs de mots. Pour distinguer les diverses déviations, il faut toujours avoir égard à la direction du corps de l'utérus. Ainsi il y a antéversion ou déviation en avant, lorsque le corps est incliné *en avant*, tandis que le col s'élève en arrière vers la concavité du sacrum. Dans la rétroversion, le corps est couché *en arrière* sur le rectum et dans la concavité du sacrum ; le col est dirigé en avant. C'est encore d'après la direction du corps qu'on désigne la flexion. Ainsi il y a antéflexion, quand le corps est *porté en avant*, quelle que soit la direction du col, et rétroflexion quand le corps est *porté en arrière*, en formant un angle avec le col. Les *mêmes remarques* s'appliquent aux latéroversions et au latéroflexions.

[redacted]

Suivant M. Simpson, il n'y a pas d'utilité réelle à étudier séparément les versions et les flexions. Assurément, le grand point est de distinguer la direction générale de l'utérus ; mais nous pensons que M. Simpson est allé trop loin. On verra, en effet, que les flexions exigent, dans le traitement, certaines manœuvres particulières ; qu'elles offrent des difficultés de diagnostic qui leur sont propres, et qu'enfin il y a dans leurs symptômes quelques nuances qui ne sont pas sans importance. C'en est assez pour les décrire séparément.

[M. Nonat (1) a donné un tableau plus détaillé que nous reproduisons ici, bien qu'à notre sens, il soit trop complet pour la pratique :

A. — LÉSIONS MÉCANIQUES SIMPLES.

Lésions de situation ou DÉPLACEMENTS.	Suivant l'axe vertical :	en haut............	*Ascension.*
		en bas.............	*Prolapsus.*
	Suivant l'axe transversal :	en avant.... en arrière... sur les côtés.	Pas de noms particuliers.
Lésions de direction ou DÉVIATIONS.	Suivant l'axe du bassin :	en avant...........	*Antéversion.*
		en arrière..........	*Rétroversion.*
		sur les côtés à droite. / à gauche.	*Latéroversion* droite. / gauche.
	Suivant l'axe de l'utérus :	en avant...........	*Antéflexion.*
		en arrière..........	*Rétroflexion.*
		sur les côtés à droite. / à gauche.	*Latéroflexion* droite. / gauche.

B. — LÉSIONS MÉCANIQUES COMPOSÉES OU COMPLEXES.

Combinaisons des déplacements avec	les versions............. les flexions.............		pas de noms particuliers.
Combinaisons des versions avec les flexions, et *vice versâ*.	1° De l'antéversion avec...	*a.* l'antéflexion..	Pas de nom particulier, on donne celui de la lésion qui domine.
		b. la rétroflexion.	*Anté-rétroflexion.*
		c. la latéroflexion	*Anté-latéroflexion.*
	2° De la rétroversion avec..	*a.* l'antéflexion..	*Rétro-antéflexion.*
		b. la rétroflexion.	Pas de nom particulier.
		c. la latéroflexion	*Rétro-latéroflexion.*
	3° De la latéroversion avec.	*a.* l'antéflexion..	*Latéro-antéflexion.*
		b. la rétroflexion.	*Latéro-rétroflexion.*
		c. la latéroflexion.	Pas de nom particulier.
Combinaisons des versions entre elles.	1° De l'antéversion avec la latéroversion.....		*Anté-latéroversion.*
	2° De la rétroversion avec la latéroversion.....		*Rétro-latéroflexion.*
Combinaisons des flexions entre elles.	1° De l'antéflexion du corps avec la rétroflexion du col..........................		*Anté - rétro - antéflexion.*
	2° De la rétroflexion du corps avec l'antéflexion du col,.........................		*Rétro - anté - rétroflexion.*

(1) *Loc. cit.*, p. 414.

Nous ne donnons ce tableau que pour montrer jusqu'à quel point peut aller sprit de minutieuse analyse, utile peut être au point de vue purement anatoique, non à celui de la médecine pratique.

A notre sens, et selon les principes posés par M. Cusco, il n'y a qu'une division ellement utile, celle des *versions* et des *flexions*. Là est toute la pathologie des placements; elle est subordonnée à l'étiologie, à la symptomatologie, et elle mmande la thérapeutique.

L'utérus sain et à l'état de vacuité ne paraît pas pouvoir subir de *flexions*, la gidité de son tissu s'y oppose; mais sous l'influence de la pression des organes vironnants, il peut être déplacé ou il subit un mouvement de bascule sur l'un uelconque de ses axes; c'est alors que surviennent les *versions*. Dans ces cas le orps et le col de l'organe conservent leurs rapports respectifs et leur axe commun emeure rectiligne, mais l'organe en totalité a perdu ses rapports normaux avec s axes correspondants du bassin.

Que si, au contraire, les parois utérines ont perdu leur fermeté, comme à la uite d'un accouchement, d'une métrite, le corps peut s'incliner sur le col, se lier en avant, en arrière, ou latéralement, et alors ont lieu les *flexions* proprement lites. Ces flexions sont aidées, sans doute, par la pression des viscères abdominaux, nais leur cause primitive réside dans l'altération des parois utérines.

Cette distinction, formellement établie par M. Cusco, nous paraît de la plus rande justesse et elle devrait faire considérer les déviations et les flexions omme deux états pathologiques absolument étrangers l'un à l'autre. En effet, es flexions auraient leur point de départ dans les parois utérines elles-mêmes, andis que les déviations reconnaîtraient des causes étrangères à l'utérus lui-même, t l'on comprend combien la thérapeutique aurait à gagner à une semblable disinction.]

§ II. — Causes.

[Avant d'étudier l'étiologie proprement dite, il nous semble utile de donner un apide aperçu de la situation, des dimensions et du développement de l'utérus, ifin de faire comprendre plus facilement le mode de production des déviations.

Considérations générales sur l'anatomie et le développement de l'utérus (1). — Placé au centre de la cavité pelvienne, entre la vessie et le ectum, l'utérus est profondément caché et inaccessible à l'exploration audessus du pubis. Il n'est pas fixé d'une manière invariable et il peut éprouver livers déplacements, soit par des causes directes, soit par l'action des organes voisins. Sa partie supérieure ou péritonéale, composée du corps et le la partie sus-vaginale du col, et sa partie inférieure ou portion sous-vaginale lu col, sont libres; et l'organe n'est véritablement fixé et maintenu en place que par sa partie moyenne, à l'aide d'une série d'attaches qui aboutissent à peu près à a réunion du corps et du col. Là, en effet, il est fixé d'abord par l'insertion de l'extrémité supérieure du vagin, et ensuite par une adhérence intime, étendue de 4 à 15 millimètres, à la paroi postérieure et inférieure de la vessie. En arrière,

(1) M. Aran a présenté des remarques pleines d'intérêt sur la situation, les moyens de xité et la mobilité de l'utérus, en un mot sur ce qu'il nomme la *statique* de ce viscère, dans es *Leçons cliniques* et dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine* (1858, t. I, p. 139 et 310).

[redacted]

les deux ligaments *utéro-sacrés*, partant de la partie postérieure du col au niveau de la jonction du corps et allant aboutir aux bords latéraux du sacrum, fixent l'utérus dans ce sens. En avant, les ligaments ronds, prolongements de la substance utérine, attachent l'organe à la paroi abdominale. Enfin les ligaments larges pourraient être considérés comme des moyens de fixité, s'ils n'étaient pas lâches et flottants. Nous pensons que le péritoine lui-même doit être considéré comme agent suspenseur accessoire, car l'organe ne saurait être fortement déplacé sans produire la tension de cette membrane à l'endroit où elle abandonne le col et se réfléchit sur les parties voisines; il est vrai que ces attaches péritonéales sont lâches, excepté en arrière, où elles forment au-dessus des ligaments utéro-sacrés des replis saillants, nommés *ligaments de Douglas*. De tous ces moyens de fixité les plus réellement utiles sont l'adhérence au vagin et à la vessie, et les ligaments utéro-sacrés. Comme toutes ces parties saisissent, en quelque sorte, l'organe utérin dans un même plan circulaire et à peu près horizontal, il en résulte une sorte de plancher que l'organe semble traverser de part en part. « C'est ce point commun, dit M. Aran, qui constitue le véritable axe de l'utérus, l'axe de suspension, axe fictif si l'on veut, mais qui n'en existe pas moins, ainsi qu'on peut s'en assurer facilement. Il suffit pour cela de constater, par le toucher vaginal, deux choses auxquelles les observateurs ne paraissent pas avoir accordé grande attention, et dont l'une a même été niée par quelques personnes : la première, que la portion vaginale du col de l'utérus ne repose pas immédiatement sur le plancher du bassin, comme on l'a prétendu dans des ouvrages récents ; la seconde, qu'il est facile de faire basculer l'organe utérin autour de cet axe de suspension, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés, mais que cet organe reprend immédiatement sa place après le changement de position qu'on lui a imprimé. »

Ces remarques anatomiques sont de la plus grande justesse, mais nous voudrions remplacer l'expression d'*axe de suspension* par celle de *plan de suspension*, car il y a plusieurs axes distincts, l'un transversal, l'autre antéro-postérieur et même un axe oblique; il y a de plus à faire remarquer que c'est au niveau de l'ouverture de ce plan imaginaire, ou peu au-dessus, que s'effectuent les courbures ou flexions de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, nous ajouterons encore, en empruntant les propres expressions de M. Aran : « Que cet axe de suspension est susceptible lui-même de se déplacer en masse, par suite de la flexibilité et de l'élasticité des parties qui le constituent. C'est ce qui explique, en particulier, comment le col de l'utérus est plus rapproché de la vulve, quand la femme est debout; comment le doigt introduit dans le vagin peut refouler quelquefois l'utérus jusqu'à une grande hauteur dans le bassin. »

La profondeur à laquelle on trouve le col dans le vagin a été exagérée par quelques auteurs, qui la fixent à 10 ou 12 centimètres. M. Aran dit que le col est à 6 centimètres de l'orifice vulvaire chez la femme qui a eu des enfants, et à 7 ou 8 centimètres chez la fille vierge ou la femme déflorée qui n'a pas eu d'enfants. M. Auguste Voisin (1), qui a dû s'occuper de ce fait, à propos des hématocèles

(1) *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés.* Paris, 1860.

[redacted]

péri-utérines, établit que cette distance n'est que de 5 centimètres et demi à 6 centimètres et demi.

Les dimensions principales de l'utérus doivent être indiquées, car on peut, par le cathétérisme utérin, apprécier pendant la vie les changements de volume de l'organe. M. Richet (1) résume ainsi le résultat de nombreuses recherches, continuées pendant dix ans :

« 1° Chez les femmes qui ont eu des enfants, le diamètre vertical de la cavité utérine à l'état physiologique, pris du col au fond de cette cavité, offre 60 millimètres.

» Ce même diamètre, parois comprises, est de 68 millimètres.

» Le diamètre transverse de la cavité, entre les orifices tubaires, est de 30 millimètres.

» Enfin le diamètre transverse extérieur, entre les insertions des trompes, est de 47 millimètres et demi.

» 2° Chez les femmes qui ont eu des rapports sexuels, mais point d'enfants, le diamètre vertical de la cavité est de 55 millimètres.

» Celui de l'utérus, parois comprises, de 63 millimètres.

» Le transverse ou intertubaire, de 27 millimètres.

» Enfin le transverse extérieur, de 45 millimètres.

» 3° Chez les vierges, le diamètre vertical de la cavité, d'après le seul fait qu'il m'a été donné de recueillir, serait de 45 millimètres.

» Celui de l'utérus de 55 millimètres.

» Le transverse ou intertubaire, de 15 millimètres.

» Enfin le transverse extérieur, de 30 millimètres. »

Dans les cinq ou six jours qui précèdent ou suivent l'apparition des règles, ajoute M. Richet, les diamètres utérins dépasseront généralement les moyennes précédemment indiquées, tandis que dans la période intermédiaire ils s'abaisseront un peu au dessous.

Ces chiffres sont, à quelques légères modifications près, adoptés par la plupart des auteurs, et d'ailleurs la pratique ne réclame pas une précision mathématique.

Les recherches de M. Guyon (2), opérées en partie par le moulage, ont modifié les opinions que l'on se faisait sur la forme de la cavité utérine. La plus grande largeur de cette cavité existe au niveau de l'insertion des trompes, et, dans ce point, la cavité se divise en deux prolongements latéraux ou *cornes* très évidentes : la portion placée immédiatement au-dessous est plus ou moins conique, c'est la région *crntine* du corps, à laquelle succède un rétrécissement ou *isthme*, qui répond à l'orifice cervico-utérin; quant à la cavité du col, elle est fusiforme, ainsi qu'on le sait. Un des faits importants établis par M. Guyon, c'est qu'il y a souvent torsion, rétrécissement ou déviation latérale de l'isthme, ce qui explique certains cas de difficulté du cathétérisme utérin. M. Guyon a fait remarquer aussi que les cavités du col et du corps ne sont pas béantes, mais effacées par l'accolement des parois, dont les saillies (arbres de vie) s'emboîtent réciproquement; en effet ces saillies sont, sur la face postérieure, déviées à gauche, et, sur la face antérieure, por-

(1) *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 2e édition. Paris, 1860.
(2) *Thèse (Paris, 1858). Ce travail contient* deux belles planches.

[redacted]

tées à droite. Enfin, avec M. Richet, M. Guyon n'admet pas de sphincter à l'orifice cervico-utérin ou isthme.

Malgré toutes les discussions qui ont eu lieu sur la direction normale de l'*axe* de l'utérus, il faut en revenir encore à la formule des anciens anatomistes : l'axe utérin est à peu près celui de l'excavation pelvienne. Sans vouloir nier le mérite des remarquables recherches de M. Boulard (1), ni la grande valeur de l'appui qui leur a été donné par M. Verneuil (2), les médecins, les chirurgiens et les anatomistes ne consentent pas à admettre que l'*antécourbure* soit la direction normale de l'utérus chez l'enfant et chez la fille vierge. M. Cusco, et plus tard M. Richet, ont d'abord montré que chez la petite fille on pouvait trouver le corps de l'utérus dans toutes les positions possibles, à cause de son peu d'épaisseur et de sa flexibilité ; et, plus récemment, M. Lala (3) est venu ajouter à la démonstration, en disant que l'état normal de l'utérus, chez la petite fille, est la *rétroflexion*.

Quant à l'antécourbure chez la fille vierge, M. Cusco la considère comme le résultat d'un arrêt de développement de la paroi antérieure de l'utérus. Nous signalons au lecteur la discussion très intéressante présentée sur ce sujet par M. Richet (4) et les remarques de M. Aran (5).

Enfin, relativement au *développement* de l'utérus, nous n'avons à signaler qu'un fait qui a été parfaitement mis en lumière par M. Cusco (6) : c'est l'antagonisme manifeste qui existe entre le corps et le col de l'organe. A la naissance et jusqu'à la puberté, c'est-à-dire jusque vers l'âge de treize à quinze ans, le col est dans un état de développement proportionné à celui de tous les organes, tandis que le corps est rudimentaire et que sa hauteur verticale est égale à celle du col. A la puberté, le corps se développe tout à coup, devient deux fois aussi haut que le col, se redresse, et continue le col en ligne droite, ou avec une légère courbure en avant. Après les grossesses, il demeure toujours manifestement un peu plus volumineux. Enfin, dans la vieillesse, c'est le col qui s'atrophie et s'efface, sans que le corps change sensiblement de volume. C'est en raison de cette atrophie relative et de cette flexibilité naturelle du corps de l'organe que MM. Richet et Cusco nient la courbure antérieure signalée par M. Boulard, avant la puberté ; et que le dernier attribue cet état, dans les cas où il se présente chez la fille vierge adulte, à un arrêt de développement de la paroi utérine antérieure (7).]

1° Causes prédisposantes.

Age. — Des observations que nous avons rassemblées il résulte que les déviations se produisent presque toujours chez des femmes jeunes encore ; ce résultat

(1) *Thèse*. Paris, 1853.
(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*.
(3) *Thèse*. Paris, 1857.
(4) *Loc. cit.*, p. 787 et suiv.
(5) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 20 et suiv.
(6) *Thèse* citée.
(7) [Jusqu'à présent nous avons ajouté soit des articles nouveaux, soit des notes plus ou moins étendues au livre de Valleix, et nous avons quelquefois modifié son texte : c'est qu'il *s'agissait de faits récemment* connus ou d'opinions émises depuis la dernière édition de cet *ouvrage, et dont l'auteur eût certainement* tenu compte lui-même. Mais désormais, dans le

obtenu primitivement sur 68 cas, a été confirmé par une nouvelle série de 49 cas, en tout, 117. C'est de vingt à trente ans qu'elles y sont particulièrement exposées; ce qui ne veut pas dire qu'on n'observe pas ces maladies à un âge plus avancé, mais qu'elles commencent dans la jeunesse.

On a cependant avancé que l'âge critique y prédisposait particulièrement les femmes; mais quand on examine les faits, on voit que cette assertion est complétement erronée, et la cause de cette erreur vient de ce qu'on n'a pas remonté à l'origine de la maladie; car on aurait vu que les femmes qui se présentaient à l'observation à l'âge critique avaient presque toutes l'utérus dévié depuis un grand nombre d'années.

Une cause qui vient naturellement après la précédente, est l'*accouchement*. C'est, en effet, particulièrement dans la période de la vie qui vient d'être indiquée que les femmes deviennent grosses; et si nous examinons, à ce point de vue, les faits, nous voyons que, sur 117 cas, 93 ont eu un ou plusieurs accouchements; 18 sont restées stériles et 6 étaient vierges.

Parmi les 93 femmes qui ont eu des grossesses terminées par un accouchement à terme ou un avortement, il en est fort peu qui n'aient vu survenir la maladie peu de temps après l'accouchement, en sorte que presque toujours l'effet a suivi promptement la cause. Dans les autres cas, il y a eu habituellement une cause déterminante, appréciable, qui, à une époque plus éloignée, a produit la déviation. Nous ferons connaître plus loin les causes de ce genre.

Les faits ne nous ont pas appris que l'*avortement* déterminât plus particulièrement la maladie. Les avortements, comme cause, ont au contraire été bien moins fréquents que l'accouchement, tandis qu'ils ont été fréquents après que la déviation a été produite.

Il paraît probable que les cas où les femmes ont été *stériles* et ceux où elles ont été affectées de déviation utérine étant encore *vierges*, étaient des cas de *déviation congénitale* (1). Parmi les femmes stériles, il en est, en effet, plusieurs qui avaient présenté des symptômes qu'on pouvait rapporter à la déviation avant leur mariage, et si chez les autres il n'avait été observé rien de semblable, on peut penser qu'il existait néanmoins une obliquité marquée, qui s'est changée en déviation complète lorsque l'utérus a été excité par l'acte conjugal.

L'existence des *déviations congénitales* a, du reste, été démontrée directement.

(1) [Ce livre consacré aux déviations utérines, nous croyons devoir reproduire intégralement le texte de l'auteur, ou, du moins, user de la plus grande réserve dans nos annotations. Peut-être le lecteur sera-t-il tenté de nous reprocher notre abstention, et les auteurs de livres récents de blâmer notre silence à leur égard, mais nous espérons qu'on nous tiendra compte des motifs qui nous guident. Valleix avait profondément étudié la question des déviations utérines, il en avait provoqué et renouvelé l'étude en France, et il faisait autorité sur cette matière. Malgré les honorables attaques dont il avait été l'objet au sein des académies, il avait entraîné la conviction de bien des médecins, il n'était point ébranlé dans la sienne, et il est probable qu'il suivrait encore aujourd'hui ses propres errements. Il serait donc mal, selon nous, de modifier ou de tronquer les opinions d'un auteur qui, au point de vue qui nous occupe, avait l'autorité d'un maître. Ce serait un déni de justice historique, car s'il doit revenir quelque gloire à Valleix pour le soin avec lequel il a étudié les déviations utérines, il convient qu'elle lui appartienne tout entière.]

[Nous avons vu dans les considérations anatomiques précédentes qu'il n'y a pas de déviations congénitales, mais qu'elles ont lieu à la puberté par un arrêt de développement d'une des parties de l'utérus.]

Kiwisch, M. Huguier, et plusieurs autres auteurs, en ont cité des exemples. N[illegible] en avons nous-mêmes vu un bien remarquable, et si l'on examine les faits, on [illegible] que ce sont surtout les déviations en avant qui résultent d'une conformation pri[illegible] mitive. Les recherches intéressantes de MM. Verneuil et Boullard sur le dévelop[illegible] pement de l'utérus donnent l'explication de ce fait, et nous apprennent surto[illegible] pourquoi les antéflexions sont surtout dans ce cas.

Kiwisch (1) a beaucoup insisté sur les *déformations* et le *développement défec[illegible] tueux* de l'utérus, et il a cité des cas dans lesquels ces vices de conformation o[illegible] déterminé la chute de l'organe dans un sens ou dans l'autre. L'existence de c[illegible] causes ne saurait donc être regardée comme douteuse.

Quel est le rôle que joue l'*engorgement* dans les déviations utérines ? C'est là [illegible] point important à traiter. Lorsque M. Velpeau (2) a dit que ce que l'on pren[illegible] pour l'engorgement de l'utérus était presque toujours une déviation, il a soule[illegible] beaucoup de réclamations, et cependant il n'a fait qu'exprimer un fait réel. Seule[illegible] ment on a pensé qu'il niait l'existence de l'engorgement, ce qui, d'après ses expli[illegible] cations, était le résultat d'un malentendu. Il est certain que les déviations s'accom[illegible] pagnent généralement d'un engorgement partiel ou général ; mais cet engorgeme[illegible] est-il la cause ou l'effet de la déviation ? Il est plus que probable que chez le[illegible] femmes qui ont vu leur déviation commencer après l'accouchement, l'utérus n'é[illegible] tait pas revenu sur lui-même lorsque la cause déterminante (marche, fatigue[illegible] chutes, efforts) a produit la déviation ; mais on doit admettre aussi qu'une fois l[illegible] déviation produite, l'engorgement a été entretenu par la position vicieuse de l'or[illegible] gane, et ce qui le prouve, c'est que lorsqu'on est parvenu à le redresser et à l[illegible] maintenir, il reprend plus ou moins promptement son volume primitif. Il y a do[illegible] là une question complexe qu'il est assez difficile de résoudre.

Une *inflammation aiguë ou chronique* avec développement de l'utérus, déte[illegible] minée ou non par un accouchement ou un avortement, peut produire une d[illegible] viation et surtout une déviation en avant. On en a la preuve dans ce qui se pas[illegible] chez les femmes affectées de déviation avec inflammation aiguë. Dans ces cas, [illegible] peut par les moyens ordinaires faire disparaître le volume exagéré de l'organ[illegible] et il n'est pas rare alors de le voir reprendre sa position normale. Dans d'autr[illegible] cas, l'organe peut être dévié sans qu'il y ait engorgement préalable, comme on [illegible] voit chez les jeunes filles qui ont fait une chute, et l'engorgement peut surve[illegible] ensuite.

Suivant Kiwisch (3), les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies* de longue durée pe[illegible] vent avoir le même effet ; mais il est bien difficile de se prononcer sur ce poi[illegible] ces hémorrhagies pouvant très bien être la conséquence et non la cause de la m[illegible] ladie, ainsi que le prouvent encore les résultats du traitement.

Tous les auteurs ont signalé la *situation et certaines circonstances anatomiq[illegible] de l'utérus* comme prédisposant aux déviations. Il est certain, en effet, que [illegible] organe mobile, suspendu à des ligaments et ayant sa grosse extrémité en haut, [illegible] trouve dans des conditions favorables aux divers renversements. A cette dispo[illegible] tion viennent se joindre les changements qu'éprouvent les organes voisins da[illegible]

(1) *Loc. cit.* p. 81 et suiv.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

l'accomplissement de leurs fonctions, et qui tantôt repoussent l'utérus, tantôt le laissent retomber de leur côté. Ainsi la vessie, en se dilatant, le repousse en arrière, et lorsqu'elle se vide rapidement, elle le laisse retomber vers le pubis. Le rectum, dans son ampliation et dans son état de vacuité agit en sens inverse. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ces particularités, il suffit de les indiquer.

Il en est d'autres qui ont été signalées par Kiwisch, MM. Simpson, Mayer et Virchow; mais, comme elles exercent une influence spéciale sur certaines déviations, nous les signalerons quand nous présenterons l'histoire des diverses espèces.

Il est des affections qui prédisposent, comme on devait le prévoir, aux déviations de l'utérus : ce sont les *tumeurs fibreuses*, les *polypes*, en un mot tout ce qui détermine l'augmentation de volume du corps de cet organe ; de telle sorte que son centre de gravité se trouvant déplacé, il se trouve en état d'équilibre instable. Alors les ampliations des organes voisins, les efforts musculaires, peuvent suffire pour opérer le déplacement.

Quant aux autres causes prédisposantes, voici comment nous nous sommes exprimé à cet égard dans nos leçons cliniques :

« Elles n'ont eu qu'une importance véritablement secondaire, pour ne pas dire tout à fait nulle. Nous avons rencontré, il est vrai, dans environ la moitié des cas, les éléments du tempérament lymphatique, ou seuls, ou unis à ceux du tempérament sanguin ou du tempérament nerveux. Mais quelle conséquence peut-on tirer de ce fait, quand on sait combien il est difficile de s'entendre sur ce qui doit caractériser d'une façon précise tel ou tel tempérament ? Il est, du reste, à remarquer que chez les femmes, les éléments du tempérament lymphatique dominent en général ; il n'est donc pas étonnant que nous les ayons retrouvés chez un grand nombre de nos malades.

» J'en dirai tout autant de ce qui regarde la menstruation, la facilité ou la difficulté avec laquelle elle s'est établie, l'augmentation ou la diminution de l'écoulement sanguin, les avances ou les retards survenus dans son apparition, la présence ou l'absence de la leucorrhée, etc. ; toutes choses pour lesquelles il existe la plus grande variabilité, chez les femmes les mieux portantes aussi bien que chez celles qui sont atteintes de déviations. »

3° Causes occasionnelles.

Dans les cas que nous avons observés, la *facilité* ou la *difficulté de l'accouchement*, la *durée du travail*, les *diverses manœuvres* qu'il a fallu faire pour le terminer, etc., n'ont paru presque jamais avoir une influence réelle sur la production des déviations. Dans un cas cependant le travail a été très pénible, on a exercé sur la tête du fœtus des tractions très fortes et très prolongées, et enfin il a fallu en venir au forceps. Mais évidemment ce n'est pas là une cause importante, puisque, même en admettant son existence comme prouvée, d'une part, on la trouve très rarement dans les cas de déviation, et, de l'autre, ces manœuvres ont très souvent lieu sans produire de déviation. Cependant M. Mayer a parfois trouvé immédiatement après l'accouchement l'utérus fléchi en avant ou en arrière, et il attribue ces flexions à des tractions exercées sur le placenta, l'espèce de flexion dépendait du

[redacted]

point où était fixée la masse placentaire. Le fait est exact, puisqu'il a été observé par un praticien si distingué; mais la production d'une flexion dans un utérus resté flasque pouvant admettre une tout autre explication, celle que donne M. Mayer demande peut-être de nouvelles preuves.

La *marche trop prompte* après l'accouchement a été universellement regardée comme une cause des plus évidentes. Cependant elle n'a eu lieu que dans une très petite minorité des cas, et d'un autre côté, presque toujours la déviation n'a manifesté ses symptômes qu'un ou plusieurs mois après la première sortie des accouchées. On voit quelquefois la déviation se produire si promptement chez des femmes qui ont marché trop tôt, que la relation de cause à effet paraît manifeste.

Une cause dont on ne peut méconnaître l'influence, et qui a été signalée par tous les observateurs, consiste dans les *grands efforts musculaires*, les *chutes*, le *cahot d'une voiture*. Il arrive, en effet, quelquefois que, dans un violent effort pour soulever un fardeau, dans une chute sur les pieds ou sur le siége, dans une secousse brusque, quelle qu'en soit la cause, la femme ressent dans le bassin une sensation de douleur plus ou moins vive, de tiraillement, de craquement, etc., et dès ce moment, les symptômes de déviation se manifestent pour ne plus disparaître. En pareil cas, l'action de la cause est évidente.

Quand on interroge avec soin les malades, on apprend que, dans un certain nombre de cas, elles ont eu du côté du bassin des symptômes d'*inflammation* ordinairement désignés sous le nom d'*inflammation d'entrailles ou d'intestins*. Quand même l'anatomie pathologique, et en particulier les recherches de MM. Rokitansky et Virchow, ne nous apprendraient pas que souvent l'utérus contracte des adhérences avec les parties voisines et subit des déformations qui occasionnent des renversements, nous ne pourrions pas douter que ces affections ne fussent des inflammations de l'utérus et de ses annexes; car le siége de la maladie, les tumeurs douloureuses qu'on a observées, les suppurations, les symptômes particuliers signalés par les malades, ne peuvent laisser aucun doute sur ce point.

Dans ces cas, les déviations sont dues à des causes diverses. *L'utérus est-il enflammé* généralement, il augmente de volume, perd son équilibre et se dévie. Un traitement approprié, en ramenant l'utérus à son volume, fait parfois cesser la déviation et prouve que cette cause est réelle. *L'organe est-il enflammé partiellement*, la paroi atteinte se gonfle, augmente de poids et l'entraîne de son côté.

Y a-t-il eu une *péritonite partielle*, il se forme des adhérences sur lesquelles nous reviendrons à l'occasion de l'anatomie pathologique, et la matrice est attirée et fixée de leur côté. L'existence possible de cette cause doit toujours être présente à l'esprit, car en faisant de trop grands efforts pour redresser l'utérus, on pourrait rompre ou érailler ces adhérences, et l'on comprend quels accidents il en résulterait. Virchow a principalement insisté sur cette cause de déviation; mais, ainsi que le fait remarquer M. Mayer, la curabilité des déviations prouve qu'il en a exagéré la fréquence et l'importance. *L'utérus est-il ramolli*, les flexions se produisent avec facilité et quelquefois sont multiples. Enfin, *les tissus circonvoisins ont-ils été enflammés*, il peut en résulter des indurations, la formation de tissus cicatriciels, une rétraction plus ou moins grande, et l'entraînement de la matrice de ce côté.

L'utérus peut encore être dévié par la pression de *diverses tumeurs* qui se for-

nent dans le voisinage. Ainsi les *tumeurs sanguines* qui le repoussent en avant, es *tumeurs de l'ovaire*, etc. Il suffit de connaître la situation des parties pour comprendre ce qui doit arriver en pareil cas.

§ III. — Symptômes.

Tous les auteurs ont signalé des déviations qui ne donnent lieu à aucun symptôme. Ce sont surtout les déviations congénitales qui sont dans ce cas, tant qu'une excitation quelconque, une des causes occasionnelles signalées ne vient pas placer l'utérus dans les conditions où il peut, en comprimant les organes voisins, en gênant le jeu de leurs fonctions, produire les douleurs diverses que je ferai connaître plus loin. En pareil cas, c'est surtout après l'excitation produite par les premiers rapports sexuels que se manifestent les symptômes, qui peuvent aussi être produits par les efforts, les chutes, une métro-vaginite contagieuse ou non. Mais le plus souvent les déviations se présentent à notre observation avec un cortége de symptômes caractéristiques que nous allons exposer.

Début. — Le début est ordinairement graduel. Les malades éprouvent d'abord de la gêne dans le bas-ventre, des douleurs traversant le bassin, occupant les aines, le sacrum ; puis une pesanteur se fait sentir vers le périnée, l'anus ou l'hypogastre, suivant la déviation ; ensuite surviennent la difficulté de la marche, la faiblesse, le trouble des digestions, et la maladie est confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. — Le symptôme le plus fréquent est la *douleur spontanée.* Sur les 117 cas que nous avons rassemblés, elle n'a manqué qu'une fois, et encore a-t-elle été remplacée par une sensation particulière dans le moment de la miction. Il s'agissait d'une antéversion ; dans la marche, les mouvements de toute espèce, le coït, il n'y avait pas douleur ; mais si la malade était restée un peu longtemps sans uriner, dès que la vessie se vidait, elle sentait un poids qui tombait brusquement sur les pubis et qui occasionnait une sensation générale des plus désagréables. Cette exception ne doit donc pas nous empêcher d'indiquer l'existence de la douleur spontanée comme une règle générale.

Cette douleur, qui occupe les différents points du bassin : hypogastre, aines, lombes, sacrum, n'est pas toujours en rapport avec la direction vicieuse de l'utérus, mais il en est souvent ainsi. On voit, par exemple, dans les 68 premiers faits que nous avons analysés, la douleur exister en avant 29 fois sur 35 cas dans les déviations antérieures (antéversion et antéflexion) ; et seulement 16 fois sur 33 cas dans les déviations postérieures (rétroversion et rétroflexion) ; tandis que dans tous les cas de déviations postérieures elle occupait les lombes ou le sacrum, ce qui n'avait lieu que 13 fois sur 35 dans les cas de déviation antérieure.

La douleur est principalement produite par la pression qu'exerce le corps dévié sur les parties voisines, et s'il existe en même temps une douleur dans un point opposé, c'est à la pression exercée par le col tuméfié qu'il faut principalement l'attribuer. Nous avons, en effet, trouvé que plus le col était dur et gonflé, plus cette dernière douleur avait d'intensité. Dans un certain nombre de cas, des *tiraillements* dans les tissus circonvoisins, résultant d'un ballottement de l'utérus, ne viennent se joindre à ces deux principales causes de douleur spontanée.

La *douleur provoquée* se manifeste dans la marche qu'elle rend quelquefois impossible. Nous avons vu une jeune femme qui est restée deux ans et demi sans pou-

voir faire un pas, et qui, après trois mois de traitement, a pu faire de longues courses en voiture et à pied. Les grands efforts musculaires rendent aussi cette douleur manifeste, et enfin le *toucher* peut la développer à un haut degré. Dans les déviations en avant, c'est la paroi antérieure du corps qui est douloureuse, souvent à un très haut degré, et dans les déviations postérieures, c'est la paroi postérieure. Le *palper abdominal* la développe également lorsque l'utérus est assez volumineux pour dépasser les pubis.

Dans tous les cas de déviations donnant lieu à des symptômes, nous avons trouvé l'utérus plus ou moins *engorgé*. C'est là ce qui justifie la proposition de M. Velpeau. Mais on aurait tort de croire avec quelques auteurs estimables que l'engorgement seul suffit pour produire les symptômes. Il est bon de s'entendre sur ce point. L'engorgement dans les utérus déviés contribue puissamment à la production des symptômes. On en trouve la preuve dans ce qui se passe dans les déviations congénitales où le déplacement ne manifeste son existence par aucun trouble tant que la matrice n'a pas subi l'influence d'une cause quelconque, n'a pas été excitée et n'a pas augmenté de volume. Mais, d'un autre côté, si la matrice n'était pas déviée, ces symptômes n'auraient pas lieu, au moins dans la très grande majorité des cas, et la preuve en est dans ce qui se passe lorsque le redressement de l'utérus a été opéré soit pour quelque temps, soit d'une manière définitive. Tant que l'organe reste dans sa direction normale, les symptômes locaux disparaissent plus ou moins complétement, en tout ou en partie ; reprend-il sa position vicieuse, aussitôt on voit les symptômes se reproduire. Il y a des exceptions à cette règle, parce que chez certains malades les organes voisins ont été longtemps irrités par la compression, ont besoin d'un certain temps pour revenir à l'état normal, mais elle n'en sera pas moins évidente pour tous ceux qui observeront attentivement des cas traités par le redressement. Voici comment il faut résumer cette discussion : L'engorgement seul, pas plus que la déviation seule, ne peut, dans la grande majorité des cas, produire les symptômes propres aux déplacements, tandis que leur réunion les produit presque à coup sûr.

Nous avons trouvé une *leucorrhée* plus ou moins abondante chez tous les malades. Kiwisch avait déjà fait la même remarque.

Les *menstrues* sont souvent difficiles et douloureuses. Les malades sont sujettes à des *métrorrhagies*. Les règles sont abondantes, de longue durée, et parfois séparées par des intervalles très rapprochés, ce qui affaiblit beaucoup les malades et produit *l'anémie*. Quelquefois, au contraire, elles sont peu considérables et retardées dans leur apparition, mais le fait est rare. Pour nous, nous ne l'avons vu que dans un seul cas de rétroversion. La *suppression des règles* n'est guère plus fréquente, car nous ne l'avons vue que 2 fois sur 117 cas.

La *miction* est souvent fréquente et parfois douloureuse. Ce symptôme n'est pas particulier à l'antéversion, mais il s'observe bien plus fréquemment dans les déplacements en avant que dans les renversements en arrière. Ainsi dans les 68 premiers cas analysés, 22 fois la miction était troublée sur 35 cas de déviation antérieure, et 3 fois seulement sur 33 cas de déviation postérieure. Dans ces derniers cas, le col, volumineux et dur, était fortement porté en avant et comprimait le col de la vessie.

La *défécation* est, d'un autre côté, notablement plus fréquente dans les déviations en arrière. Elle avait lieu, en effet, 23 fois sur 33 dans le premier cas, et

[redacted]

s seulement sur 35 dans le second. Ce qui explique les troubles de la défécaans les antéversions, c'est la pression du col volumineux de l'utérus qui e obliquement sur la partie inférieure du rectum.

as quelques circonstances, ces symptômes prennent une intensité extrême. nous avons vu des malades éprouver les plus vives douleurs en urinant, et es avoir des selles douloureuses, composées en grande partie de mucus quelis sanguinolent.

rsque ces symptômes ont duré un certain temps, il survient d'autres phénos qui doivent être signalés.

marche n'est pas rendue difficile par la douleur seulement. La *faiblesse* vient e augmenter cette difficulté. Les malades se fatiguent très promptement; elles *uvent pas rester longtemps debout*, et au bout d'un certain temps elles éproudes *douleurs dans les membres inférieurs.*

. Nonat (1) signale des paralysies musculaires partielles, nées sous l'influence fections utérines; elles seraient ordinairement incomplètes et affecteraient les les d'une jambe, d'un bras, de ces deux membres à la fois, les muscles du x, de façon à produire l'aphonie. MM. Martin (2), Einault (3) et Valleix (4), s de M. Nonat, M. R. Leroy (d'Étiolles) (5), Gallard (6), Trousseau (7), ry (8) ont fait connaître des faits semblables, tandis que, d'un autre côté, ecquerel n'en parle nullement, et que M. Aran (9) dit qu'il lui est impos- d'admett e des paralysies purement sympathiques du système utérin, sans se générale. Nous engageons le lecteur à prendre connaissance du chapitre . Nonat sur ce sujet.]

rfois, en se couchant sur le dos ou sur le ventre, suivant l'espèce de déviaou se tournant sur un côté ou sur l'autre, les malades sentent *un poids se cer*, et ce déplacement est accompagné de douleur.

st surtout dans ces cas que se manifeste la douleur due au *tiraillement qu'éent les ligaments.* Ainsi on observe, outre la douleur qui a son siége dans nt où se porte le corps de l'utérus, une douleur dans un point opposé, et l'on ette douleur s'exaspérer par le redressement de l'organe à l'aide de la sonde e et par les grands mouvements du tronc.

ne faut pas confondre les douleurs précédentes avec les douleurs d'une autre e qui se manifestent dans divers autres points du corps aussi bien que dans sin. Ces dernières sont de *nature névralgique* et sont dues le plus souvent à nie autant qu'à l'état de l'utérus. Ainsi on observe une névralgie *lombo-abdoe* et des *névralgies intercostales* reconnaissables à leurs points douloureux u moins isolés, aux élancements, etc. Ce qui démontre que ces douleurs usqu'à un certain point indépendantes, c'est qu'elles peuvent persister lors-

Loc. cit., page 381.
Thèse. Paris, 1851.
Thèse, Paris, 1857.
Thèse. Paris, 185 .
Des paralysies des membres inferieurs, des paraplegies, in-8°. Paris, 1856-57.
Thèse. Paris, 18 .
Gazette des hôpitaux, 1850, p. 342.
Moniteur des hôpitaux, 1853, p. 273.
Loc. cit., p. 147.

que l'utérus est redressé et que tous les autres symptômes ont disparu, et qu'elles cèdent alors aux moyens propres à combattre les névralgies.

M. Simpson a signalé particulièrement une douleur de nature névralgique qui se fait sentir sous le sein gauche. Cette douleur est fréquente, mais non constante comme le pense cet habile médecin, et elle est due à une névralgie intercostale.

Des douleurs de la même nature peuvent exister dans d'autres parties du corps (face, membres) ; mais elles sont beaucoup moins fréquentes.

Enfin, nous signalerons l'*inappétence*, les *digestions* difficiles, douloureuses (gastralgie), le *dépérissement*, les *palpitations*, les *bruits de souffle dans les artères*, la *décoloration des tissus* (anémie).

Il faut joindre à ces symptômes ceux qui caractérisent l'*hystérie*, soit qu'il y ait de véritables *attaques* hystériques, soit que les malades n'éprouvent que cet état qu'on a appelé *hystéricisme*, et qui consiste dans de l'oppression, des spasmes, du malaise général, l'envie de pleurer, etc. Cet état est fréquent chez les malades affectées de déviation, et ce qui prouve qu'il appartient bien à ces affections, c'est qu'il disparaît après le redressement (*hystérie symptomatique*, Nonat).

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner aux déviations considérées en général. Il en est d'autres encore, mais comme ils appartiennent plus particulièrement à certaines espèces, nous ne devons pas les mentionner ici, ayant à les décrire en détail en faisant l'histoire de chaque espèce en particulier.

Conséquences des déviations. — On a principalement cité l'*avortement* comme une des conséquences presque nécessaires de ces affections, mais l'examen des faits nous a démontré que l'avortement, quoique plus fréquent chez les femmes affectées de déviation, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit communément.

Les *difficultés de l'accouchement* peuvent être considérables, ainsi que l'a prouvé M. Dezanneau pour l'antéversion, et il est plus que probable que dans les cas de déviation chez les femmes grosses, on a eu quelquefois affaire à des femmes qui avaient déjà l'utérus dévié au moment de la conception, de telle sorte que la position vicieuse de l'utérus les disposait aux symptômes si graves qu'elles devaient éprouver dès que l'organe aurait pris une certaine ampliation.

Quant à la *stérilité*, nous avons des données beaucoup plus précises. D'abord sur les 117 cas que nous avons rassemblés, la stérilité a existé 19 fois, ce qui est déjà un chiffre considérable chez des femmes jeunes et désirant pour la plupart avoir des enfants. Mais le fait devient bien plus frappant, si l'on considère que sur les 98 qui restent, 42 n'ont eu qu'un seul accouchement, bien que plusieurs d'entre elles eussent perdu leur premier enfant, et désirassent beaucoup en avoir d'autres. Il est une autre preuve, moins directe, il est vrai, de l'existence de la stérilité, mais qui cependant a sa valeur. Très souvent les femmes ne demandent les soins du médecin que dans l'espoir d'avoir des enfants qu'elles désirent depuis plusieurs années.

Enfin, dans les cas où les femmes sont devenues enceintes, l'*avortement* a été fréquent.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de ces affections est habituellement croissante et chronique. Ce n'est pas toutefois que, de loin en loin, il ne survienne des améliorations plus ou moins considérables ; il est, au contraire, ordinaire de voir dans les observations, qu'à

certaines époques il est survenu, soit spontanément, soit sous l'influence des nombreux moyens employés, un bien-être relatif qui pouvait faire croire à une guérison prochaine. Mais en examinant la marche de la maladie d'une manière générale, on voit que, après ces améliorations de plus ou moins longue durée, l'état des organes est devenu plus grave qu'auparavant, en sorte que l'affection a fait des progrès réels. Lorsque les malades ont eu plusieurs enfants, la déviation peut remonter à l'avant-dernière couche, ou à une couche antérieure. Il arrive presque constamment que les symptômes, d'abord légers, ont pris un accroissement considérable à chaque nouvelle couche, ou en d'autres termes, que chaque couche nouvelle a accéléré la marche de la maladie. Cependant cette règle souffre des exceptions. Ainsi nous avons vu des malades qui, après une couche, se trouvaient beaucoup mieux, tandis que la plupart des autres voyaient, dans les mêmes circonstances, leurs accidents augmenter.

On ne peut se rendre compte de ces variations dans la marche de la maladie qu'en ayant égard à l'inflammation chronique qui accompagne ordinairement les déviations. C'est cette inflammation qui, sous l'influence des causes les plus diverses, peut s'accroître, diminuer, disparaître presque complétement, de telle sorte que les malades se croient guéries. Mais à la moindre fatigue, tous les accidents se reproduisent avec une nouvelle intensité, parce que la déviation elle-même a persisté.

La durée de la maladie est illimitée; un traitement efficace seul peut y mettre fin, au moins pendant tout le temps que l'utérus reste à l'état d'organe actif. Il peut se faire, en effet, que, la vieillesse arrivant, il s'atrophie et devienne léger, au point que sa position soit indifférente; mais il ne faut pas toujours compter sur cette terminaison, même à un âge avancé, car nous avons vu des femmes de soixante ans avoir encore des symptômes évidents de déviation, soit que des tumeurs situées dans les parois de l'organe aient entretenu une tuméfaction considérable, soit que par le fait seul de la déviation, un état de phlegmasie chronique avec gonflement ait persisté malgré la cessation des menstrues.

On a cité des cas où la déviation s'est terminée par la mort, sans qu'on pût attribuer cette *terminaison* à aucune autre maladie; mais les faits de ce genre sont excessivement rares, et sous ce rapport le pronostic doit être favorable. Il n'en est plus de même, à quelque autre point de vue qu'on envisage le pronostic. Nous avons cité plus haut celui qu'a porté M. Velpeau, et il est certain que, à moins de circonstances tout exceptionnelles, on peut dire que la maladie livrée à elle-même n'a aucune tendance à se terminer par la guérison. Les malades, en pareil cas, sont vouées à de longues souffrances; un traitement efficace peut seul les en délivrer.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans les autopsies on trouve, suivant MM. Rokitansky et Virchow (1), des renversements en avant, beaucoup plus fréquents qu'en arrière. Cela tient, sans aucun doute, à ce que l'antéversion, et surtout l'antéflexion, donnent moins fréquemment lieu à des symptômes un peu notables que les déviations postérieures; car sur le vivant, ainsi qu'on l'a vu plus haut, la différence n'est pas très considérable bien qu'elle soit réelle.

(1) *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe*, in Berlin, 1851.

Suivant ces auteurs, auxquels il faut joindre MM. Mayer (1), Sommer plusieurs autres, ce sont principalement les flexions qu'on rencontrerait su vaut, comme sur le cadavre. Mais ceci demande une explication. Selon M mer, il faut distinguer la *courbure en forme d'arc* de la flexion propremei Cette distinction est, en effet, très importante, et nous avons rangé la pr forme dans les versions avec courbure. Cette distinction est importante, pa dans la simple courbure, la consistance de l'utérus n'est pas diminuée, tan dans la flexion véritable, son tissu est ramolli dans le point où il est plié, de ces parois, celle qui est au fond de l'angle rentrant, est ordinairement an Nous ferons connaître, en parlant de l'*antéflexion*, la manière dont M. Vi a expliqué la formation de cette flexion.

Ce ramollissement de l'utérus, dans le point de la flexion, a été signa Kiwisch, par M. Virchow, par M. Sommer, par M. Depaul, et nous en avo plusieurs exemples, dont un a été décrit dans nos leçons cliniques.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple version, la paroi la plus déclive est habi ment engorgée et plus ou moins épaissie.

Le col de l'utérus est le plus souvent volumineux, et présente des érosion granulations qui occupent un plus ou moins grand espace autour de son orif qui pénètrent dans son intérieur. Chez les femmes qui ont eu des enfants, l' externe est béant, principalement dans les flexions. Quant à l'orifice interne parfois étroit, mais bien moins fréquemment que ne l'ont avancé Kiwi M. Virchow. La facilité extrême avec laquelle nous avons introduit la sond rine dans presque tous les cas chez les femmes qui avaient eu des enfants, p que la coarctation de l'orifice interne n'est pas due, en général, à la déviatio même. L'orifice externe peut également être dans un état considérab coarctation; mais cette disposition est surtout occasionnée par des ca sations profondes et multipliées, à la suite desquelles s'est formé un tissu i laire dont la rétraction a bridé l'orifice.

Dans les cas où la coarctation de l'orifice du col est très considérable, il tention des produits de la sécrétion. M. Virchow a vu la cavité utérine p une forme arrondie et contenir une quantité considérable de mucus dans leq trouvait une grande quanti é de débris d'épithélium. Kiwisch a vu une vé *hydrométrie* être causée par ce rétrécissement.

Dans les cas compliqués, on trouve des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur d rois de l'organe, quelquefois des polypes, ou des productions de nature cancé

A l'extérieur de l'organe, on voit, dans un certain nombre de cas, des rences plus ou moins serrées de l'utérus avec les parties voisines, et qui rés de péritonites partielles sur lesquelles M. Virchow a particulièrement insisté

Enfin, les tissus voisins peuvent présenter des traces d'inflammation chro de l'induration, des tumeurs, des relâchements, etc.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces généralités, parce que la p des détails seront mieux placés dans l'histoire de quelques déviations en partic

(1) *Erfahrungen über das neue von* Kiwisch *erfundene Instrument*, etc., in *Ve lungen der Gesellschaft*, etc., in Berlin, 1851.
(2) *Giessen, 1850.*

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

1° *Toucher vaginal.* — En première ligne vient le toucher, et surtout le *toucher vaginal.* On ne peut se dispenser de l'employer pour le diagnostic des déviations utérines, car il fournit des indications extrêmement utiles. Nous le pratiquons d'abord, la femme étant debout, parce que, dans cette position, on apprécie mieux le degré de la déviation. D'ailleurs, les premiers symptômes se produisent surtout quand elle est debout ; et il est important de connaître au juste quelle est alors la direction de l'utérus, cette direction pouvant n'être plus la même si la malade est couchée. Le doigt indicateur avec lequel on pratique le toucher doit suivre l'axe du vagin pour arriver jusqu'au col, et nous ne saurions trop vous recommander d'aller doucement, graduellement, sans chercher à vouloir arriver d'emblée sur le col, et surtout de bien éviter de repousser trop fortement les parties et d'occasionner de la douleur.

Si le doigt indicateur ne pouvait atteindre le col, il serait bon d'introduire en même temps le médius, qui, ayant un centimètre environ de plus en longueur, permettrait d'explorer à une plus grande profondeur.

Certains auteurs ont conseillé de chercher à pénétrer plus avant, en faisant prendre au coude un point d'appui sur la hanche et sur le genou. Mais c'est alors surtout que l'on doit aller avec beaucoup de lenteur et de ménagement. Il ne faut surtout jamais se préoccuper exclusivement du soin de rencontrer le col, mais bien au contraire, chercher à se rendre compte de tout ce qui se présente sous le doigt.

Rappelons d'abord ce que l'on trouve, à l'aide du toucher, *quand l'utérus est à l'état normal*, afin d'avoir un point de comparaison.

Si l'utérus occupe sa position normale, on rencontre d'abord la lèvre antérieure, puis, immédiatement au-dessus, l'ouverture du col qu'il est très facile d'atteindre. En portant le doigt en avant, on trouve la face antérieure du col se continuant supérieurement avec la face antérieure du corps qui ne peut être complétement suivie et qui se dirige obliquement en haut et en avant, en s'inclinant vers la paroi abdominale antérieure, comme pour aller la rejoindre. En avant du corps, on sent une résistance molle particulière à l'intestin. La vessie, distendue par l'urine, peut donner une sensation de fluctuation, et quelquefois être assez volumineuse pour gêner l'exploration ; il faut alors la vider en sondant la malade si elle ne peut pas uriner spontanément.

En arrière de l'ouverture du col, le doigt rencontre la lèvre postérieure derrière laquelle se trouve le cul-de-sac du vagin, dans lequel on pénètre suivant la face postérieure du col. Le doigt ne peut atteindre plus loin que la réunion du col avec le corps, et tout à fait en arrière on ne trouve plus rien, on sent seulement la mollesse particulière à l'intestin, à moins, toutefois, que des matières fécales étant accumulées dans le rectum, on n'en apprécie la résistance à travers la paroi recto-vaginale.

Si vous êtes bien pénétrés des principes que nous venons de vous exposer, il vous sera facile d'en faire l'application à l'*exploration des déviations* de l'utérus. Il est évident, en effet, que dans les déviations du col, le doigt, en pratiquant le toucher, ne rencontrera plus cette partie *dans la même position*, ou bien si c'est la direc-

du corps qui a changé, on pourra sentir des angles saillants ou rentrants situés en divers points ; mais ce sont là des différences sur lesquelles j'insisterai plus spécialement en parlant de chaque espèce de déviation en particulier.

Le toucher permet encore de constater l'état du col, son volume, sa consistance, sa température, sa conformation extérieure. Y a-t-il des granulations ou des ulcérations ? L'ouverture est-elle régulière ou non ? C'est ce dont il faut s'assurer. Enfin le doigt ne sera pas retiré du vagin sans avoir imprimé des mouvements au col, afin de faire basculer l'utérus pour savoir s'il se meut facilement, si les tissus qui l'environnent sont souples, s'il n'a pas contracté d'adhérences anormales avec les parties voisines, s'il ne se plie pas quand on veut le déplacer, s'il n'est pas plus lourd qu'il ne devrait l'être.

Il est également très important de chercher à saisir avec l'autre main le fond de l'organe à travers la paroi abdominale, pendant que le doigt introduit dans le vagin, soulève le col, ce qui aide à apprécier le volume de l'utérus et aussi sa direction.

2° *Toucher rectal.* — Quant au toucher rectal, vous verrez plus tard que pour l'antéversion et l'antéflexion il ne nous apprend que peu de chose, et que pour la rétroversion et la rétroflexion, s'il est quelquefois utile, il peut souvent aussi être négligé sans inconvénient. Vous aurez donc soin de ne le pratiquer que lorsqu'il vous paraîtra indispensable ; car avant tout, messieurs, il faut songer, dans la pratique, à retrancher de ces sortes d'explorations tout ce qui ne nous est pas absolument nécessaire pour arriver à un diagnostic précis.

Le doigt, introduit dans le rectum quand l'utérus occupe sa position normale, ne sent rien de différent de ce qu'on rencontre en arrière du col par le toucher vaginal ; seulement comme il peut atteindre plus haut, il peut suivre également un peu plus haut la direction de l'organe. Dans le cas de déviation, on sent l'extrémité du col s'il s'agit d'une antéversion, ou la tumeur globuleuse formée par le corps s'il s'agit d'une rétroversion ou d'une rétroflexion. Mais ce sont des points sur lesquels nous reviendrons en détail.

3° *Examen à l'aide du spéculum.* — Nous ne négligerons pas, ainsi que je vous l'ai déjà dit, l'emploi du spéculum comme moyen de diagnostic dans les cas de déviations de l'utérus, et nous employons de préférence le *spéculum plein* ou un *spéculum à développement*, à trois ou quatre valves, qui, une fois ouvert, simule le spéculum plein. Le spéculum bivalve ne peut être utilement employé, selon nous, dans ces cas où il est important surtout de savoir comment se présente le col de l'utérus dans le champ de l'instrument. Les deux valves, en effet, s'écartent en décrivant chacune un arc de cercle, dont le centre est auprès de la vulve à leur articulation, et le mouvement qui en résulte peut suffire, si l'utérus est mobile, pour changer la direction suivant laquelle il va se présenter.

Le spéculum sera introduit lentement avec précaution, et suivant la direction de l'axe du vagin. Ne cherchez pas, encore moins que dans le toucher, à tomber directement et d'emblée sur le col ou à vouloir toujours le saisir en dirigeant votre spéculum de manière à aller le chercher dans un autre point, si vous ne l'avez pas trouvé à sa place habituelle. La nécessité de cette manœuvre, qui, je vous l'ai déjà dit avait frappé sans qu'on en comprît toute la portée, est toujours due à une déviation.

[redacted]

r, si en pareil cas vous saisissiez le col de l'utérus, ce n'est qu'après l'avoir basculer, et il ne vous est plus possible alors d'apprécier sa situation réelle, is que vous vous en rendrez parfaitement compte en agissant de la manière inte :

issitôt que votre spéculum aura dépassé l'orifice du vagin, il faut retirer l'em-l; alors les parois du vagin étant constamment adossées l'une contre l'autre, les verrez se déplisser sur l'extrémité de l'instrument, en formant une espèce space dont le centre se trouve nécessairement situé dans l'axe du vagin. Cette ce semblera s'éloigner à mesure que le spéculum avancera, et si vous avez bien d'en maintenir continuellement le centre au milieu même du champ du spé-im, vous resterez forcément dans l'axe même du vagin. En procédant ainsi, s arriverez sur le col, qui, dans la position normale de l'utérus, ne se présen-pas directement à vous ; cas vous devez vous le rappeler, l'axe de l'utérus ne inue pas celui du vagin, mais fait avec ce dernier un angle obtus ouvert en nt. Il en résulte que le col doit se présenter plutôt par sa face antérieure que sa face postérieure, et l'on voit, en effet, toute la lèvre antérieure. Quant à fice externe, il est situé plus en arrière.

Telle est la présentation normale du col de l'utérus. Quand vous ne le trouvez dans cette position, soyez sûr qu'il existe une déviation. Si, par exemple, l'ori-externe se montrait au centre même de la portion apparente du col, celui-ci est té en avant, comme cela a lieu dans quelques cas de rétroversion, et cette dé-tion sera plus marquée encore si l'orifice se rapproche davantage de la paroi an-ieure du spéculum.

Dans ce dernier cas, on voit tout d'abord une grande étendue de la face posté-ure du col. Si, au contraire, on aperçoit une grande étendue de sa face anté-ure, et si l'orifice externe va se cacher profondément vers la paroi postérieure l'instrument, il est probable que l'on a affaire à une antéversion, parce que, s les flexions, le corps ne suit plus l'axe du col, et que, n'apercevant que le col, s ne pouvez pas encore savoir s'il s'agit d'une version ou d'une flexion. Le culum fait connaître qu'il existe une déviation, ce qui a son importance ; à lui l il ne peut pas en faire distinguer exactement l'espèce.

Dans les déviations latérales, l'orifice externe, qui, normalement, est situé sur igne médiane, s'incline vers le côté opposé à la déviation, et l'on peut voir très n, dans le champ du spéculum, une plus ou moins grande étendue d'une des s latérales du col.

Tout en examinant la situation du col à l'aide du spéculum, on ne doit pas né-er de noter son volume, sa coloration, ainsi que l'état de son ouverture, et istence ou l'absence des diverses altérations qu'il peut présenter. Comme le seille M. Bennet, on emploie le spéculum bivalve pour écarter les lèvres du t examiner sa cavité à une certaine profondeur ; ceci ne peut être fait que dans s où le col est déjà large et suffisamment entr'ouvert, soit par suite d'une inflam-ion, soit après de nombreux accouchements antérieurs.

• *Cathétérisme utérin.* — Si par le toucher et le spéculum nous pouvons réunir indications nombreuses et utiles pour le diagnostic, à l'aide de la sonde nous vons toujours à un *diagnostic précis, rigoureux.* M. Simpson, qui, en même *ps que Kiwisch, en a fait usage d'une façon* méthodique, employait une tige

point où était fixée la masse placentaire. Le fait est exact, puisqu'il a été observé par un praticien si distingué; mais la production d'une flexion dans un utérus resté flasque pouvant admettre une tout autre explication, celle que donne M. Mayer demande peut-être de nouvelles preuves.

La *marche trop prompte* après l'accouchement a été universellement regardée comme une cause des plus évidentes. Cependant elle n'a eu lieu que dans une très petite minorité des cas, et d'un autre côté, presque toujours la déviation n'a manifesté ses symptômes qu'un ou plusieurs mois après la première sortie des accouchées. On voit quelquefois la déviation se produire si promptement chez des femmes qui ont marché trop tôt, que la relation de cause à effet paraît manifeste.

Une cause dont on ne peut méconnaître l'influence, et qui a été signalée par tous les observateurs, consiste dans les *grands efforts musculaires*, les *chutes*, le *cahot d'une voiture*. Il arrive, en effet, quelquefois que, dans un violent effort pour soulever un fardeau, dans une chute sur les pieds ou sur le siége, dans une secousse brusque, quelle qu'en soit la cause, la femme ressent dans le bassin une sensation de douleur plus ou moins vive, de tiraillement, de craquement, etc., et dès ce moment, les symptômes de déviation se manifestent pour ne plus disparaître. En pareil cas, l'action de la cause est évidente.

Quand on interroge avec soin les malades, on apprend que, dans un certain nombre de cas, elles ont eu du côté du bassin des symptômes d'*inflammation* ordinairement désignés sous le nom d'*inflammation d'entrailles ou d'intestins*. Quand même l'anatomie pathologique, et en particulier les recherches de MM. Rokitansky et Virchow, ne nous apprendraient pas que souvent l'utérus contracte des adhérences avec les parties voisines et subit des déformations qui occasionnent des renversements, nous ne pourrions pas douter que ces affections ne fussent de inflammations de l'utérus et de ses annexes; car le siége de la maladie, les tumeurs douloureuses qu'on a observées, les suppurations, les symptômes particuliers signalés par les malades, ne peuvent laisser aucun doute sur ce point.

Dans ces cas, les déviations sont dues à des causes diverses. *L'utérus est-il enflammé* généralement, il augmente de volume, perd son équilibre et se dévi Un traitement approprié, en ramenant l'utérus à son volume, fait parfois cesser déviation et prouve que cette cause est réelle. *L'organe est-il enflammé partiellement*, la paroi atteinte se gonfle, augmente de poids et l'entraîne de son côté.

Y a-t-il eu une *péritonite partielle*, il se forme des adhérences sur lesquell nous reviendrons à l'occasion de l'anatomie pathologique, et la matrice est attir et fixée de leur côté. L'existence possible de cette cause doit toujours être présen à l'esprit, car en faisant de trop grands efforts pour redresser l'utérus, on pourra rompre ou érailler ces adhérences, et l'on comprend quels accidents il en résulte rait. Virchow a principalement insisté sur cette cause de déviation; mais, ain que le fait remarquer M. Mayer, la curabilité des déviations prouve qu'il en exagéré la fréquence et l'importance. *L'utérus est-il ramolli*, les flexions se pro duisent avec facilité et quelquefois sont multiples. Enfin, *les tissus circonvoisi ont-ils été enflammés*, il peut en résulter des indurations, la formation de tiss cicatriciels, une rétraction plus ou moins grande, et l'entraînement de la matri de ce côté.

L'utérus peut encore être dévié par la pression de *diverses tumeurs* qui se fo

ment dans le voisinage. Ainsi les *tumeurs sanguines* qui le repoussent en avant, les *tumeurs de l'ovaire*, etc. Il suffit de connaître la situation des parties pour comprendre ce qui doit arriver en pareil cas.

§ III. — Symptômes.

Tous les auteurs ont signalé des déviations qui ne donnent lieu à aucun symptôme. Ce sont surtout les déviations congénitales qui sont dans ce cas, tant qu'une excitation quelconque, une des causes occasionnelles signalées ne vient pas placer l'utérus dans les conditions où il peut, en comprimant les organes voisins, en gênant le jeu de leurs fonctions, produire les douleurs diverses que je ferai connaître plus loin. En pareil cas, c'est surtout après l'excitation produite par les premiers rapports sexuels que se manifestent les symptômes, qui peuvent aussi être produits par les efforts, les chutes, une métro-vaginite contagieuse ou non. Mais le plus souvent les déviations se présentent à notre observation avec un cortége de symptômes caractéristiques que nous allons exposer.

Début. — Le début est ordinairement graduel. Les malades éprouvent d'abord de la gêne dans le bas-ventre, des douleurs traversant le bassin, occupant les aines, le sacrum ; puis une pesanteur se fait sentir vers le périnée, l'anus ou l'hypogastre, suivant la déviation ; ensuite surviennent la difficulté de la marche, la faiblesse, le trouble des digestions, et la maladie est confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. — Le symptôme le plus fréquent est la *douleur spontanée*. Sur les 117 cas que nous avons rassemblés, elle n'a manqué qu'une fois, et encore a-t-elle été remplacée par une sensation particulière dans le moment de la miction. Il s'agissait d'une antéversion ; dans la marche, les mouvements de toute espèce, le coït, il n'y avait pas douleur ; mais si la malade était restée un peu longtemps sans uriner, dès que la vessie se vidait, elle sentait un poids qui tombait brusquement sur les pubis et qui occasionnait une sensation générale des plus désagréables. Cette exception ne doit donc pas nous empêcher d'indiquer l'existence de la douleur spontanée comme une règle générale.

Cette douleur, qui occupe les différents points du bassin : hypogastre, aines, lombes, sacrum, n'est pas toujours en rapport avec la direction vicieuse de l'utérus, mais il en est souvent ainsi. On voit, par exemple, dans les 68 premiers faits que nous avons analysés, la douleur exister en avant 29 fois sur 35 cas dans les déviations antérieures (antéversion et antéflexion) ; et seulement 16 fois sur 33 cas dans les déviations postérieures (rétroversion et rétroflexion) ; tandis que dans tous les cas de déviations postérieures elle occupait les lombes ou le sacrum, ce qui n'avait lieu que 13 fois sur 35 dans les cas de déviation antérieure.

La douleur est principalement produite par la pression qu'exerce le corps dévié sur les parties voisines, et s'il existe en même temps une douleur dans un point opposé, c'est à la pression exercée par le col tuméfié qu'il faut principalement l'attribuer. Nous avons, en effet, trouvé que plus le col était dur et gonflé, plus cette dernière douleur avait d'intensité. Dans un certain nombre de cas, des *tiraillements* dans les tissus circonvoisins, résultant d'un ballottement de l'utérus, ne viennent se joindre à ces deux principales causes de douleur spontanée.

La *douleur provoquée* se manifeste dans la marche qu'elle rend quelquefois impossible. Nous avons vu une jeune femme qui est restée deux ans et demi sans pou-

voir faire un pas, et qui, après trois mois de traitement, a pu faire de longues courses en voiture et à pied. Les grands efforts musculaires rendent aussi cette douleur manifeste, et enfin le *toucher* peut la développer à un haut degré. Dans les déviations en avant, c'est la paroi antérieure du corps qui est douloureuse, souvent à un très haut degré, et dans les déviations postérieures, c'est la paroi postérieure. Le *palper abdominal* la développe également lorsque l'utérus est assez volumineux pour dépasser les pubis.

Dans tous les cas de déviations donnant lieu à des symptômes, nous avons trouvé l'utérus plus ou moins *engorgé*. C'est là ce qui justifie la proposition de M. Velpeau. Mais on aurait tort de croire avec quelques auteurs estimables que l'engorgement seul suffit pour produire les symptômes. Il est bon de s'entendre sur ce point. L'engorgement dans les utérus deviés contribue puissamment à la production des symptômes. On en trouve la preuve dans ce qui se passe dans les déviations congénitales où le déplacement ne manifeste son existence par aucun trouble tant que la matrice n'a pas subi l'influence d'une cause quelconque, n'a pas été excitée et n'a pas augmenté de volume. Mais, d'un autre côté, si la matrice n'était pas déviée, ces symptômes n'auraient pas lieu, au moins dans la très grande majorité des cas, et la preuve en est dans ce qui se passe lorsque le redressement de l'utérus a été opéré pour quelque temps, soit d'une manière définitive. Tant que l'organe reste dans sa direction normale, les symptômes locaux disparaissent plus ou moins complétement, en tout ou en partie ; reprend-il sa position vicieuse, aussitôt on voit les symptômes se reproduire. Il y a des exceptions à cette règle, parce que chez certains malades les organes voisins ont été longtemps irrités par la compression, ont besoin d'un certain temps pour revenir à l'état normal, mais elle n'en sera pas moins évidente pour tous ceux qui observeront attentivement des cas traités par le redressement. Voici comment il faut résumer cette discussion : L'engorgement seul, pas plus que la déviation seule, ne peut, dans la grande majorité des cas, produire les symptômes propres aux déplacements, tandis que leur réunion les produit presque à coup sûr.

Nous avons trouvé une *leucorrhée* plus ou moins abondante chez tous les malades. Kiwisch avait déjà fait la même remarque.

Les *menstrues* sont souvent difficiles et douloureuses. Les malades sont sujettes à des *métrorrhagies*. Les règles sont abondantes, de longue durée, et parfois séparées par des intervalles très rapprochés, ce qui affaiblit beaucoup les malades et produit *l'anémie*. Quelquefois, au contraire, elles sont peu considérables et retardées dans leur apparition, mais le fait est rare. Pour nous, nous ne l'avons vu que dans un seul cas de rétroversion. La *suppression des règles* n'est guère plus fréquente, car nous ne l'avons vue que 2 fois sur 117 cas.

La *miction* est souvent fréquente et parfois douloureuse. Ce symptôme n'est pas particulier à l'antéversion, mais il s'observe bien plus fréquemment dans les déplacements en avant que dans les renversements en arrière. Ainsi dans les 68 premiers cas analysés, 22 fois la miction était troublée sur 35 cas de déviation antérieure, et 3 fois seulement sur 33 cas de déviation postérieure. Dans ces derniers cas, le col, volumineux et dur, était fortement porté en avant et comprimait le col de la vessie.

La *défécation* est, d'un autre côté, notablement plus fréquente dans les déviations en arrière. Elle avait lieu, en effet, 23 fois sur 33 dans le premier cas, e

fois seulement sur 35 dans le second. Ce qui explique les troubles de la défécation dans les antéversions, c'est la pression du col volumineux de l'utérus qui appuie obliquement sur la partie inférieure du rectum.

Dans quelques circonstances, ces symptômes prennent une intensité extrême. Ainsi nous avons vu des malades éprouver les plus vives douleurs en urinant, et d'autres avoir des selles douloureuses, composées en grande partie de mucus quelquefois sanguinolent.

Lorsque ces symptômes ont duré un certain temps, il survient d'autres phénomènes qui doivent être signalés.

La *marche* n'est pas rendue difficile par la douleur seulement. La *faiblesse* vient encore augmenter cette difficulté. Les malades se fatiguent très promptement ; elles *ne peuvent pas rester longtemps debout*, et au bout d'un certain temps elles éprouvent des *douleurs dans les membres inférieurs.*

[M. Nonat (1) signale des paralysies musculaires partielles, nées sous l'influence d'affections utérines ; elles seraient ordinairement incomplètes et affecteraient les muscles d'une jambe, d'un bras, de ces deux membres à la fois, les muscles du larynx, de façon à produire l'aphonie. MM. Martin (2), Einault (3) et Valleix (4), élèves de M. Nonat, M. R. Leroy (d'Étiolles) (5), Gallard (6), Trousseau (7), Landry (8) ont fait connaître des faits semblables, tandis que, d'un autre côté, Becquerel n'en parle nullement, et que M. Aran (9) dit qu'il lui est impossible d'admettre des paralysies purement sympathiques du système utérin, sans cause générale. Nous engageons le lecteur à prendre connaissance du chapitre de M. Nonat sur ce sujet.]

Parfois, en se couchant sur le dos ou sur le ventre, suivant l'espèce de déviation, ou se tournant sur un côté ou sur l'autre, les malades sentent *un poids se déplacer*, et ce déplacement est accompagné de douleur.

C'est surtout dans ces cas que se manifeste la douleur due au *tiraillement qu'éprouvent les ligaments.* Ainsi on observe, outre la douleur qui a son siége dans le point où se porte le corps de l'utérus, une douleur dans un point opposé, et l'on voit cette douleur s'exaspérer par le redressement de l'organe à l'aide de la sonde utérine et par les grands mouvements du tronc.

Il ne faut pas confondre les douleurs précédentes avec les douleurs d'une autre nature qui se manifestent dans divers autres points du corps aussi bien que dans le bassin. Ces dernières sont de *nature névralgique* et sont dues le plus souvent à l'anémie autant qu'à l'état de l'utérus. Ainsi on observe une névralgie *lombo-abdominale* et des *névralgies intercostales* reconnaissables à leurs points douloureux plus ou moins isolés, aux élancements, etc. Ce qui démontre que ces douleurs sont jusqu'à un certain point indépendantes, c'est qu'elles peuvent persister lors-

(1) *Loc. cit.*, page 381.
(2) *Thèse.* Paris, 1851.
(3) *Thèse*, Paris, 1837.
(4) *Thèse.* Paris, 185 .
(5) *Des paralysies des membres inferieurs, des paraplegies*, in-8°. Paris, 1856-57.
(6) *Thèse.* Paris, 18 .
(7) *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 342.
(8) *Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 273.
(9) *Loc. cit.*, p. 147.

[redacted]

que l'utérus est redressé et que tous les autres symptômes ont disparu, et qu'elles cèdent alors aux moyens propres à combattre les névralgies.

M. Simpson a signalé particulièrement une douleur de nature névralgique qui se fait sentir sous le sein gauche. Cette douleur est fréquente, mais non constante, comme le pense cet habile médecin, et elle est due à une névralgie intercostale.

Des douleurs de la même nature peuvent exister dans d'autres parties du corps (face, membres); mais elles sont beaucoup moins fréquentes.

Enfin, nous signalerons l'*inappétence*, les *digestions* difficiles, douloureuses (gastralgie), le *dépérissement*, les *palpitations*, les *bruits de souffle dans les artères*, la *décoloration des tissus* (anémie).

Il faut joindre à ces symptômes ceux qui caractérisent l'*hystérie*, soit qu'il y ait de véritables *attaques* hystériques, soit que les malades n'éprouvent que cet état qu'on a appelé *hystéricisme*, et qui consiste dans de l'oppression, des spasmes, un malaise général, l'envie de pleurer, etc. Cet état est fréquent chez les malades affectées de déviation, et ce qui prouve qu'il appartient bien à ces affections, c'est qu'il disparaît après le redressement (*hystérie symptomatique*, Nonat).

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner aux déviations considérées en général. Il en est d'autres encore, mais comme ils appartiennent plus particulièrement à certaines espèces, nous ne devons pas les mentionner ici, ayant à les décrire en détail en faisant l'histoire de chaque espèce en particulier.

Conséquences des déviations. — On a principalement cité l'*avortement* comme une des conséquences presque nécessaires de ces affections, mais l'examen des faits nous a démontré que l'avortement, quoique plus fréquent chez les femmes affectées de déviation, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit communément.

Les *difficultés de l'accouchement* peuvent être considérables, ainsi que l'a prouvé M. Dezanneau pour l'antéversion, et il est plus que probable que dans les cas de déviation chez les femmes grosses, on a eu quelquefois affaire à des femmes qui avaient déjà l'utérus dévié au moment de la conception, de telle sorte que la position vicieuse de l'utérus les disposait aux symptômes si graves qu'elles devaient éprouver dès que l'organe aurait pris une certaine ampliation.

Quant à la *stérilité*, nous avons des données beaucoup plus précises. D'abord, sur les 117 cas que nous avons rassemblés, la stérilité a existé 19 fois, ce qui est déjà un chiffre considérable chez des femmes jeunes et désirant pour la plupart avoir des enfants. Mais le fait devient bien plus frappant, si l'on considère que sur les 98 qui restent, 42 n'ont eu qu'un seul accouchement, bien que plusieurs d'entre elles eussent perdu leur premier enfant, et désirassent beaucoup en avoir d'autres. Il est une autre preuve, moins directe, il est vrai, de l'existence de la stérilité, mais qui cependant a sa valeur. Très souvent les femmes ne demandent les soins du médecin que dans l'espoir d'avoir des enfants qu'elles désirent depuis plusieurs années.

Enfin, dans les cas où les femmes sont devenues enceintes, l'*avortement* a été fréquent.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de ces affections est habituellement croissante et chronique. Ce n'est pas toutefois que, de loin en loin, il ne survienne des améliorations plus ou moins considérables; il est, au contraire, ordinaire de voir dans les observations, qu'à

certaines époques il est survenu, soit spontanément, soit sous l'influence des nombreux moyens employés, un bien-être relatif qui pouvait faire croire à une guérison prochaine. Mais en examinant la marche de la maladie d'une manière générale, on voit que, après ces améliorations de plus ou moins longue durée, l'état des organes est devenu plus grave qu'auparavant, en sorte que l'affection a fait des progrès réels. Lorsque les malades ont eu plusieurs enfants, la déviation peut remonter à l'avant-dernière couche, ou à une couche antérieure. Il arrive presque constamment que les symptômes, d'abord légers, ont pris un accroissement considérable à chaque nouvelle couche, ou en d'autres termes, que chaque couche nouvelle a accéléré la marche de la maladie. Cependant cette règle souffre des exceptions. Ainsi nous avons vu des malades qui, après une couche, se trouvaient beaucoup mieux, tandis que la plupart des autres voyaient, dans les mêmes circonstances, leurs accidents augmenter.

On ne peut se rendre compte de ces variations dans la marche de la maladie qu'en ayant égard à l'inflammation chronique qui accompagne ordinairement les déviations. C'est cette inflammation qui, sous l'influence des causes les plus diverses, peut s'accroître, diminuer, disparaître presque complétement, de telle sorte que les malades se croient guéries. Mais à la moindre fatigue, tous les accidents se reproduisent avec une nouvelle intensité, parce que la déviation elle-même a persisté.

La *durée* de la maladie est illimitée ; un traitement efficace seul peut y mettre fin, au moins pendant tout le temps que l'utérus reste à l'état d'organe actif. Il peut se faire, en effet, que, la vieillesse arrivant, il s'atrophie et devienne léger, au point que sa position soit indifférente ; mais il ne faut pas toujours compter sur cette terminaison, même à un âge avancé, car nous avons vu des femmes de soixante ans avoir encore des symptômes évidents de déviation, soit que des tumeurs situées dans les parois de l'organe aient entretenu une tuméfaction considérable, soit que par le fait seul de la déviation, un état de phlegmasie chronique avec gonflement ait persisté malgré la cessation des menstrues.

On a cité des cas où la déviation s'est terminée par la mort, sans qu'on pût attribuer cette *terminaison* à aucune autre maladie ; mais les faits de ce genre sont excessivement rares, et sous ce rapport le pronostic doit être favorable. Il n'en est plus de même, à quelque autre point de vue qu'on envisage le pronostic. Nous avons cité plus haut celui qu'a porté M. Velpeau, et il est certain que, à moins de circonstances tout exceptionnelles, on peut dire que la maladie livrée à elle-même n'a aucune tendance à se terminer par la guérison. Les malades, en pareil cas, sont vouées à de longues souffrances ; un traitement efficace peut seul les en délivrer.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans les autopsies on trouve, suivant MM. Rokitansky et Virchow (1), des renversements en avant, beaucoup plus fréquents qu'en arrière. Cela tient, sans aucun doute, à ce que l'antéversion, et surtout l'antéflexion, donnent moins fréquemment lieu à des symptômes un peu notables que les déviations postérieures ; car sur le vivant, ainsi qu'on l'a vu plus haut, la différence n'est pas très considérable, bien qu'elle soit réelle.

(1) *Verhandlungen der Gesellschaft für Goburtshülfe*, in Berlin, 1851.

[redacted]

Suivant ces auteurs, auxquels il faut joindre MM. Mayer (1), Sommer (2), et plusieurs autres, ce sont principalement les flexions qu'on rencontrerait sur le vivant, comme sur le cadavre. Mais ceci demande une explication. Selon M. Sommer, il faut distinguer la *courbure en forme d'arc* de la flexion proprement dite. Cette distinction est, en effet, très importante, et nous avons rangé la première forme dans les versions avec courbure. Cette distinction est importante, parce que dans la simple courbure, la consistance de l'utérus n'est pas diminuée, tandis que dans la flexion véritable, son tissu est ramolli dans le point où il est plié, et une de ces parois, celle qui est au fond de l'angle rentrant, est ordinairement amincie. Nous ferons connaître, en parlant de l'*antéflexion*, la manière dont M. Virchow a expliqué la formation de cette flexion.

Ce ramollissement de l'utérus, dans le point de la flexion, a été signalé par Kiwisch, par M. Virchow, par M. Sommer, par M. Depaul, et nous en avons cité plusieurs exemples, dont un a été décrit dans nos leçons cliniques.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple version, la paroi la plus déclive est habituellement engorgée et plus ou moins épaissie.

Le col de l'utérus est le plus souvent volumineux, et présente des érosions, des granulations qui occupent un plus ou moins grand espace autour de son orifice, et qui pénètrent dans son intérieur. Chez les femmes qui ont eu des enfants, l'orifice externe est béant, principalement dans les flexions. Quant à l'orifice interne, il est parfois étroit, mais bien moins fréquemment que ne l'ont avancé Kiwisch et M. Virchow. La facilité extrême avec laquelle nous avons introduit la sonde utérine dans presque tous les cas chez les femmes qui avaient eu des enfants, prouve que la coarctation de l'orifice interne n'est pas due, en général, à la déviation elle-même. L'orifice externe peut également être dans un état considérable de coarctation; mais cette disposition est surtout occasionnée par des cautérisations profondes et multipliées, à la suite desquelles s'est formé un tissu inodulaire dont la rétraction a bridé l'orifice.

Dans les cas où la coarctation de l'orifice du col est très considérable, il y a rétention des produits de la sécrétion. M. Virchow a vu la cavité utérine prendre une forme arrondie et contenir une quantité considérable de mucus dans lequel on trouvait une grande quantité de débris d'épithélium. Kiwisch a vu une véritable *hydrométrie* être causée par ce rétrécissement.

Dans les cas compliqués, on trouve des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur des parois de l'organe, quelquefois des polypes, ou des productions de nature cancéreuse.

A l'extérieur de l'organe, on voit, dans un certain nombre de cas, des adhérences plus ou moins serrées de l'utérus avec les parties voisines, et qui résultent de péritonites partielles sur lesquelles M. Virchow a particulièrement insisté.

Enfin, les tissus voisins peuvent présenter des traces d'inflammation chronique de l'induration, des tumeurs, des relâchements, etc.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces généralités, parce que la plupart des détails seront mieux placés dans l'histoire de quelques déviations en particulier

(1) *Erfahrungen über das neue von* Kiwisch *erfundene Instrument*, etc., in *Verhandlungen der Gesellschaft*, etc., in Berlin, 1851.
(2) *Giessen*, 1850.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Toucher vaginal. — En première ligne vient le toucher, et surtout le *toucher nal.* On ne peut se dispenser de l'employer pour le diagnostic des déviations nes, car il fournit des indications extrêmement utiles. Nous le pratiquons ırd, la femme étant debout, parce que, dans cette position, on apprécie mieux gré de la déviation. D'ailleurs, les premiers symptômes se produisent surtout d elle est debout; et il est important de connaître au juste quelle est alors la tion de l'utérus, cette direction pouvant n'être plus la même si la malade est iée. Le doigt indicateur avec lequel on pratique le toucher doit suivre l'axe gin pour arriver jusqu'au col, et nous ne saurions trop vous recommander r doucement, graduellement, sans chercher à vouloir arriver d'emblée sur le t surtout de bien éviter de repousser trop fortement les parties et d'occa- er de la douleur.

le doigt indicateur ne pouvait atteindre le col, il serait bon d'introduire en temps le médius, qui, ayant un centimètre environ de plus en longueur, ettrait d'explorer à une plus grande profondeur.

rtains auteurs ont conseillé de chercher à pénétrer plus avant, en faisant re au coude un point d'appui sur la hanche et sur le genou. Mais c'est alors ıt que l'on doit aller avec beaucoup de lenteur et de ménagement. Il ne faut ıt jamais se préoccuper exclusivement du soin de rencontrer le col, mais bien ıtraire, chercher à se rendre compte de tout ce qui se présente sous le

ppelons d'abord ce que l'on trouve, à l'aide du toucher, *quand l'utérus est à normal*, afin d'avoir un point de comparaison.

'utérus occupe sa position normale, on rencontre d'abord la lèvre antérieure, immédiatement au-dessus, l'ouverture du col qu'il est très facile d'atteindre. rtant le doigt en avant, on trouve la face antérieure du col se continuant su- rement avec la face antérieure du corps qui ne peut être complétement sui- t qui se dirige obliquement en haut et en avant, en s'inclinant vers la paroi ıinale antérieure, comme pour aller la rejoindre. En avant du corps, on sent stance molle particulière à l'intestin. La vessie, distendue par l'urine, peut r une sensation de fluctuation, et quelquefois être assez volumineuse pour l'exploration; il faut alors la vider en sondant la malade si elle ne peut pas spontanément.

ırrière de l'ouverture du col, le doigt rencontre la lèvre postérieure derrière le se trouve le cul-de-sac du vagin, dans lequel on pénètre suivant la face ieure du col. Le doigt ne peut atteindre plus loin que la réunion du col avec s, et tout à fait en arrière on ne trouve plus rien, on sent seulement la se particulière à l'intestin, à moins, toutefois, que des matières fécales étant ıulées dans le rectum, on n'en apprécie la résistance à travers la paroi recto- le.

ous êtes bien pénétrés des principes que nous venons de vous exposer, il vous cile d'en faire l'application à l'*exploration des déviations* de l'utérus. Il est t, en effet, que dans les déviations du col, le doigt, en pratiquant le toucher, contrera plus cette partie dans la *même position*, ou bien si c'est la direction

du corps qui a changé, on pourra sentir des angles saillants ou rentrants situés en divers points ; mais ce sont là des différences sur lesquelles j'insisterai plus spécia-lement en parlant de chaque espèce de déviation en particulier.

Le toucher permet encore de constater l'état du col, son volume, sa consista sa température, sa conformation extérieure. Y a-t-il des granulations ou des ulcé-rations ? L'ouverture est-elle régulière ou non ? C'est ce dont il faut s'assurer. Enfin le doigt ne sera pas retiré du vagin sans avoir imprimé des mouvements col, afin de faire basculer l'utérus pour savoir s'il se meut facilement, si les ti qui l'environnent sont souples, s'il n'a pas contracté d'adhérences anormales av les parties voisines, s'il ne se plie pas quand on veut le déplacer, s'il n'est pas pl lourd qu'il ne devrait l'être.

Il est également très important de chercher à saisir avec l'autre main le fond l'organe à travers la paroi abdominale, pendant que le doigt introduit dans vagin, soulève le col, ce qui aide à apprécier le volume de l'utérus et aussi direction.

2° *Toucher rectal.* — Quant au toucher rectal, vous verrez plus tard que po l'antéversion et l'antéflexion il ne nous apprend que peu de chose, et que pour rétroversion et la rétroflexion, s'il est quelquefois utile, il peut souvent aussi négligé sans inconvénient. Vous aurez donc soin de ne le pratiquer que lorsq vous paraîtra indispensable ; car avant tout, messieurs, il faut songer, dans la p tique, à retrancher de ces sortes d'explorations tout ce qui ne nous est pas ab ment nécessaire pour arriver à un diagnostic précis.

Le doigt, introduit dans le rectum quand l'utérus occupe sa position norm ne sent rien de différent de ce qu'on rencontre en arrière du col par le touch vaginal ; seulement comme il peut atteindre plus haut, il peut suivre égalem un peu plus haut la direction de l'organe. Dans le cas de déviation, on sent l'ex-trémité du col s'il s'agit d'une antéversion, ou la tumeur globuleuse formée par corps s'il s'agit d'une rétroversion ou d'une rétroflexion. Mais ce sont des poi sur lesquels nous reviendrons en détail.

3° *Examen à l'aide du spéculum.* — Nous ne négligerons pas, ainsi que je vo l'ai déjà dit, l'emploi du spéculum comme moyen de diagnostic dans les cas de dé-viations de l'utérus, et nous employons de préférence le *spéculum plein* ou *spéculum à développement*, à trois ou quatre valves, qui, une fois ouvert, simu le spéculum plein. Le spéculum bivalve ne peut être utilement employé, selo nous, dans ces cas où il est important surtout de savoir comment se présente le col de l'utérus dans le champ de l'instrument. Les deux valves, en effet, s'écartent en décrivant chacune un arc de cercle, dont le centre est auprès de la vulve à leur articulation, et le mouvement qui en résulte peut suffire, si l'utérus est mobile, pour changer la direction suivant laquelle il va se présenter.

Le spéculum sera introduit lentement avec précaution, et suivant la direction de l'axe du vagin. Ne cherchez pas, encore moins que dans le toucher, à tomber directe-ment et d'emblée sur le col ou à vouloir toujours le saisir en dirigeant votre spécu-lum de manière à aller le chercher dans un autre point, si vous ne l'avez pas trouvé à sa place habituelle. La nécessité de cette manœuvre, qui, je vous l'ai déjà dit, avait frappé sans qu'on en comprît toute la portée, est toujours due à une dé-viation.

en pareil cas vous saisissiez le col de l'utérus, ce n'est qu'après l'avoir
uler, et il ne vous est plus possible alors d'apprécier sa situation réelle,
ıe vous vous en rendrez parfaitement compte en agissant de la manière
:

ôt que votre spéculum aura dépassé l'orifice du vagin, il faut retirer l'em-
ors les parois du vagin étant constamment adossées l'une contre l'autre,
verrez se déplisser sur l'extrémité de l'instrument, en formant une espèce
dont le centre se trouve nécessairement situé dans l'axe du vagin. Cette
mblera s'éloigner à mesure que le spéculum avancera, et si vous avez bien
maintenir continuellement le centre au milieu même du champ du spé-
ous resterez forcément dans l'axe même du vagin. En procédant ainsi,
verez sur le col, qui, dans la position normale de l'utérus, ne se présen-
lirectement à vous ; cas vous devez vous le rappeler, l'axe de l'utérus ne
pas celui du vagin, mais fait avec ce dernier un angle obtus ouvert en
l en résulte que le col doit se présenter plutôt par sa face antérieure que
e postérieure, et l'on voit, en effet, toute la lèvre antérieure. Quant à
xterne, il est situé plus en arrière.

st la présentation normale du col de l'utérus. Quand vous ne le trouvez
cette position, soyez sûr qu'il existe une déviation. Si, par exemple, l'ori-
ne se montrait au centre même de la portion apparente du col, celui-ci est
avant, comme cela a lieu dans quelques cas de rétroversion, et cette dé-
ra plus marquée encore si l'orifice se rapproche davantage de la paroi an-
du spéculum.

e dernier cas, on voit tout d'abord une grande étendue de la face posté-
ı col. Si, au contraire, on aperçoit une grande étendue de sa face anté-
t si l'orifice externe va se cacher profondément vers la paroi postérieure
ument, il est probable que l'on a affaire à une antéversion, parce que,
flexions, le corps ne suit plus l'axe du col, et que, n'apercevant que le col,
pouvez pas encore savoir s'il s'agit d'une version ou d'une flexion. Le
ı fait connaître qu'il existe une déviation, ce qui a son importance ; à lui
peut pas en faire distinguer exactement l'espèce.

es déviations latérales, l'orifice externe, qui, normalement, est situé sur
nédiane, s'incline vers le côté opposé à la déviation, et l'on peut voir très
ıs le champ du spéculum, une plus ou moins grande étendue d'une des
rales du col.

n examinant la situation du col à l'aide du spéculum, on ne doit pas né-
noter son volume, sa coloration, ainsi que l'état de son ouverture, et
e ou l'absence des diverses altérations qu'il peut présenter. Comme le
M. Bennet, on emploie le spéculum bivalve pour écarter les lèvres du
ıminer sa cavité à une certaine profondeur ; ceci ne peut être fait que dans
le col est déjà large et suffisamment entr'ouvert, soit par suite d'une inflam-
oit après de nombreux accouchements antérieurs.

hétérisme utérin. — Si par le toucher et le spéculum nous pouvons réunir
ations nombreuses et utiles pour le diagnostic, à l'aide de la sonde nous
toujours à un diagnostic précis, rigoureux. M. Simpson, qui, en même
ıe Kiwisch, en a fait usage d'une *façon* méthodique, employait une tige

point où était fixée la masse placentaire. Le fait est exact, puisqu'il a été observé par un praticien si distingué; mais la production d'une flexion dans un utérus resté flasque pouvant admettre une tout autre explication, celle que donne M. Mayer demande peut-être de nouvelles preuves.

La *marche trop prompte* après l'accouchement a été universellement regardée comme une cause des plus évidentes. Cependant elle n'a eu lieu que dans une très petite minorité des cas, et d'un autre côté, presque toujours la déviation n'a manifesté ses symptômes qu'un ou plusieurs mois après la première sortie des accouchées. On voit quelquefois la déviation se produire si promptement chez des femmes qui ont marché trop tôt, que la relation de cause à effet paraît manifeste.

Une cause dont on ne peut méconnaître l'influence, et qui a été signalée par tous les observateurs, consiste dans les *grands efforts musculaires*, les *chutes*, le *cahot d'une voiture*. Il arrive, en effet, quelquefois que, dans un violent effort pour soulever un fardeau, dans une chute sur les pieds ou sur le siége, dans une secousse brusque, quelle qu'en soit la cause, la femme ressent dans le bassin une sensation de douleur plus ou moins vive, de tiraillement, de craquement, etc., et dès ce moment, les symptômes de déviation se manifestent pour ne plus disparaître. En pareil cas, l'action de la cause est évidente.

Quand on interroge avec soin les malades, on apprend que, dans un certain nombre de cas, elles ont eu du côté du bassin des symptômes d'*inflammation* ordinairement désignés sous le nom d'*inflammation d'entrailles ou d'intestins*. Quand même l'anatomie pathologique, et en particulier les recherches de MM. Rokitansky et Virchow, ne nous apprendraient pas que souvent l'utérus contracte des adhérences avec les parties voisines et subit des déformations qui occasionnent des renversements, nous ne pourrions pas douter que ces affections ne fussent des inflammations de l'utérus et de ses annexes; car le siége de la maladie, les tumeurs douloureuses qu'on a observées, les suppurations, les symptômes particuliers signalés par les malades, ne peuvent laisser aucun doute sur ce point.

Dans ces cas, les déviations sont dues à des causes diverses. *L'utérus est-il enflammé* généralement, il augmente de volume, perd son équilibre et se dévie. Un traitement approprié, en ramenant l'utérus à son volume, fait parfois cesser la déviation et prouve que cette cause est réelle. *L'organe est-il enflammé partiellement*, la paroi atteinte se gonfle, augmente de poids et l'entraîne de son côté.

Y a-t-il eu une *péritonite partielle*, il se forme des adhérences sur lesquelles nous reviendrons à l'occasion de l'anatomie pathologique, et la matrice est attirée et fixée de leur côté. L'existence possible de cette cause doit toujours être présente à l'esprit, car en faisant de trop grands efforts pour redresser l'utérus, on pourrait rompre ou érailler ces adhérences, et l'on comprend quels accidents il en résulterait. Virchow a principalement insisté sur cette cause de déviation; mais, ainsi que le fait remarquer M. Mayer, la curabilité des déviations prouve qu'il en a exagéré la fréquence et l'importance. *L'utérus est-il ramolli*, les flexions se produisent avec facilité et quelquefois sont multiples. Enfin, *les tissus circonvoisins ont-ils été enflammés*, il peut en résulter des indurations, la formation de tissus cicatriciels, une rétraction plus ou moins grande, et l'entraînement de la matrice de ce côté.

L'utérus peut encore être dévié par la pression de *diverses tumeurs* qui se for-

ent dans le voisinage. Ainsi les *tumeurs sanguines* qui le repoussent en avant, *tumeurs de l'ovaire*, etc. Il suffit de connaître la situation des parties pour mprendre ce qui doit arriver en pareil cas.

§ III. — Symptômes.

Tous les auteurs ont signalé des déviations qui ne donnent lieu à aucun symtôme. Ce sont surtout les déviations congénitales qui sont dans ce cas, tant l'une excitation quelconque, une des causes occasionnelles signalées ne vient s placer l'utérus dans les conditions où il peut, en comprimant les organes voins, en gênant le jeu de leurs fonctions, produire les douleurs diverses que je rai connaître plus loin. En pareil cas, c'est surtout après l'excitation produite par s premiers rapports sexuels que se manifestent les symptômes, qui peuvent aussi re produits par les efforts, les chutes, une métro-vaginite contagieuse ou non. lais le plus souvent les déviations se présentent à notre observation avec un cortége e symptômes caractéristiques que nous allons exposer.

Début. — Le début est ordinairement graduel. Les malades éprouvent d'abord le la gêne dans le bas-ventre, des douleurs traversant le bassin, occupant les aines, e sacrum ; puis une pesanteur se fait sentir vers le périnée, l'anus ou l'hypogastre, uivant la déviation ; ensuite surviennent la difficulté de la marche, la faiblesse, le rouble des digestions, et la maladie est confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. — Le symptôme le plus fréquent est la *douleur spontanée.* Sur les 117 cas que nous avons rassemblés, elle n'a manqué qu'une fois, et encore a-t-elle été remplacée par une sensation particulière dans le moment de la miction. Il s'agissait d'une antéversion ; dans la marche, les mouvements de toute espèce, le coït, il n'y avait pas douleur ; mais si la malade était restée un peu longtemps sans uriner, dès que la vessie se vidait, elle sentait un poids qui tombait brusquement sur les pubis et qui occasionnait une sensation générale des plus désagréables. Cette exception ne doit donc pas nous empêcher d'indiquer l'existence de la douleur spontanée comme une règle générale.

Cette douleur, qui occupe les différents points du bassin : hypogastre, aines, mbes, sacrum, n'est pas toujours en rapport avec la direction vicieuse de l'utérus, ais il en est souvent ainsi. On voit, par exemple, dans les 68 premiers faits que us avons analysés, la douleur exister en avant 29 fois sur 35 cas dans les déviaons antérieures (antéversion et antéflexion) ; et seulement 16 fois sur 33 cas dans s déviations postérieures (rétroversion et rétroflexion) ; tandis que dans tous les s de déviations postérieures elle occupait les lombes ou le sacrum, ce qui n'avait u que 13 fois sur 35 dans les cas de déviation antérieure.

La douleur est principalement produite par la pression qu'exerce le corps dévié r les parties voisines, et s'il existe en même temps une douleur dans un point posé, c'est à la pression exercée par le col tuméfié qu'il faut principalement l'attibuer. Nous avons, en effet, trouvé que plus le col était dur et gonflé, plus cette rnière douleur avait d'intensité. Dans un certain nombre de cas, des *tiraillements* dans les tissus circonvoisins, résultant d'un ballottement de l'utérus, ne ennent se joindre à ces deux principales causes de douleur spontanée.

La *douleur provoquée* se manifeste dans la marche qu'elle rend quelquefois imssible. Nous avons vu une jeune femme qui est restée deux ans et demi sans pou-

voir faire un pas, et qui, après trois mois de traitement, a pu faire de longues cour- en voiture et à pied. Les grands efforts musculaires rendent aussi cette douleur ma- nifeste, et enfin le *toucher* peut la développer à un haut degré. Dans les dévia- en avant, c'est la paroi antérieure du corps qui est douloureuse, souvent à un très haut degré, et dans les déviations postérieures, c'est la paroi postérieure. Le *palper abdominal* la développe également lorsque l'utérus est assez volumineux pour dépasser les pubis.

Dans tous les cas de déviations donnant lieu à des symptômes, nous avons trouvé l'utérus plus ou moins *engorgé*. C'est là ce qui justifie la proposition de M. Velpeau. Mais on aurait tort de croire avec quelques auteurs estimables que l'engorgement seul suffit pour produire les symptômes. Il est bon de s'entendre sur ce point. L'engorgement dans les utérus deviés contribue puissamment à la production des symptômes. On en trouve la preuve dans ce qui se passe dans les déviations congé- nitales où le déplacement ne manifeste son existence par aucun trouble tant que la matrice n'a pas subi l'influence d'une cause quelconque, n'a pas été excitée et n'a pas augmenté de volume. Mais, d'un autre côté, si la matrice n'était pas déviée, ces symptômes n'auraient pas lieu, au moins dans la très grande majorité des cas, et la preuve en est dans ce qui se passe lorsque le redressement de l'utérus a été opéré soit pour quelque temps, soit d'une manière définitive. Tant que l'organe reste dans sa direc'ion normale, les symptômes locaux disparaissent plus ou moins complétement en tout ou en partie ; reprend-il sa position vicieuse, aussitôt on voit les symptômes se reproduire. Il y a des exceptions à cette règle, parce que chez certains malades les organes voisins ont été longtemps irrités par la compression, ont besoin d'un certain temps pour revenir à l'état normal, mais elle n'en sera pas moins évidente pour tous ceux qui observeront attentivement des cas traités par le redressement. Voici com- ment il faut résumer cette discussion : L'engorgement seul, pas plus que la déviation seule, ne peut, dans la grande majorité des cas, produire les symptômes propres aux déplacements, tandis que leur réunion les produit presque à coup sûr.

Nous avons trouvé une *leucorrhée* plus ou moins abondante chez tous les ma- lades. Kiwisch avait déjà fait la même remarque.

Les *menstrues* sont souvent difficiles et douloureuses. Les malades sont sujettes à des *métrorrhagies*. Les règles sont abondantes, de longue durée, et parfois sépa- rées par des intervalles très rapprochés, ce qui affaiblit beaucoup les malades et produit *l'anémie*. Quelquefois, au contraire, elles sont peu considérables et retar- dées dans leur apparition, mais le fait est rare. Pour nous, nous ne l'avons vu que dans un seul cas de rétroversion. La *suppression des règles* n'est guère plus fré- quente, car nous ne l'avons vue que 2 fois sur 117 cas.

La *miction* est souvent fréquente et parfois douloureuse. Ce symptôme n'est pas particulier à l'antéversion, mais il s'observe bien plus fréquemment dans les dépla- cements en avant que dans les renversements en arrière. Ainsi dans les 68 pre- miers cas analysés, 22 fois la miction était troublée sur 35 cas de déviation anté- rieure, et 3 fois seulement sur 33 cas de déviation postérieure. Dans ces derniers cas, le col, volumineux et dur, était fortement porté en avant et comprimait le col de la vessie.

La *défécation* est, d'un autre côté, notablement plus fréquente dans les dévia- tions en arrière. Elle avait lieu, en effet, 23 fois sur 33 dans le premier cas, e

48 fois seulement sur 35 dans le second. Ce qui explique les troubles de la défécation dans les antéversions, c'est la pression du col volumineux de l'utérus qui appuie obliquement sur la partie inférieure du rectum.

Dans quelques circonstances, ces symptômes prennent une intensité extrême. Ainsi nous avons vu des malades éprouver les plus vives douleurs en urinant, et d'autres avoir des selles douloureuses, composées en grande partie de mucus quelquefois sanguinolent.

Lorsque ces symptômes ont duré un certain temps, il survient d'autres phénomènes qui doivent être signalés.

La *marche* n'est pas rendue difficile par la douleur seulement. La *faiblesse* vient encore augmenter cette difficulté. Les malades se fatiguent très promptement ; elles *ne peuvent pas rester longtemps debout*, et au bout d'un certain temps elles éprouvent des *douleurs dans les membres inférieurs.*

[M. Nonat (1) signale des paralysies musculaires partielles, nées sous l'influence des affections utérines ; elles seraient ordinairement incomplètes et affecteraient les muscles d'une jambe, d'un bras, de ces deux membres à la fois, les muscles du larynx, de façon à produire l'aphonie. MM. Martin (2), Einault (3) et Valleix (4), élèves de M. Nonat, M. R. Leroy (d'Étiolles) (5), Gallard (6), Trousseau (7), Landry (8) ont fait connaître des faits semblables, tandis que, d'un autre côté, M. Becquerel n'en parle nullement, et que M. Aran (9) dit qu'il lui est impossible d'admett e des paralysies purement sympathiques du système utérin, sans névrose générale. Nous engageons le lecteur à prendre connaissance du chapitre de M. Nonat sur ce sujet.]

Parfois, en se couchant sur le dos ou sur le ventre, suivant l'espèce de déviation, ou se tournant sur un côté ou sur l'autre, les malades sentent *un poids se déplacer*, et ce déplacement est accompagné de douleur.

C'est surtout dans ces cas que se manifeste la douleur due au *tiraillement qu'éprouvent les ligaments.* Ainsi on observe, outre la douleur qui a son siége dans le point où se porte le corps de l'utérus, une douleur dans un point opposé, et l'on voit cette douleur s'exaspérer par le redressement de l'organe à l'aide de la sonde utérine et par les grands mouvements du tronc.

Il ne faut pas confondre les douleurs précédentes avec les douleurs d'une autre nature qui se manifestent dans divers autres points du corps aussi bien que dans le bassin. Ces dernières sont de *nature névralgique* et sont dues le plus souvent à l'anémie autant qu'à l'état de l'utérus. Ainsi on observe une névralgie *lombo-abdominale* et des *névralgies intercostales* reconnaissables à leurs points douloureux plus ou moins isolés, aux élancements, etc. Ce qui démontre que ces douleurs sont jusqu'à un certain point indépendantes, c'est qu'elles peuvent persister lors-

(1) *Loc. cit.*, page 381.
(2) *Thèse.* Paris, 1851.
(3) *Thèse*, Paris, 1857.
(4) *Thèse.* Paris, 185 .
(5) *Des paralysies des membres inferieurs, des paraplegies*, in-8°. Paris, 1856-57.
(6) *Thèse.* Paris, 18 .
(7) *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 342.
(8) *Moniteur des hôpitaux*, 1853. p. 273.
(9) *Loc. cit.*, p. 147.

que l'utérus est redressé et que tous les autres symptômes ont disparu, et qu'elles cèdent alors aux moyens propres à combattre les névralgies.

M. Simpson a signalé particulièrement une douleur de nature névralgique qui se fait sentir sous le sein gauche. Cette douleur est fréquente, mais non constante comme le pense cet habile médecin, et elle est due à une névralgie intercostale.

Des douleurs de la même nature peuvent exister dans d'autres parties du corps (face, membres); mais elles sont beaucoup moins fréquentes.

Enfin, nous signalerons l'*inappétence*, les *digestions* difficiles, douloureuses (gastralgie), le *dépérissement*, les *palpitations*, les *bruits de souffle dans les artères*, la *décoloration des tissus* (anémie).

Il faut joindre à ces symptômes ceux qui caractérisent l'*hystérie*, soit qu'il y ait de véritables *attaques* hystériques, soit que les malades n'éprouvent que cet état qu'on a appelé *hystéricisme*, et qui consiste dans de l'oppression, des spasmes, du malaise général, l'envie de pleurer, etc. Cet état est fréquent chez les malades affectées de déviation, et ce qui prouve qu'il appartient bien à ces affections, c'est qu'il disparaît après le redressement (*hystérie symptomatique*, Nonat).

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner aux déviations considérées en général. Il en est d'autres encore, mais comme ils appartiennent plus particulièrement à certaines espèces, nous ne devons pas les mentionner ici, ayant à les décrire en détail en faisant l'histoire de chaque espèce en particulier.

Conséquences des déviations. — On a principalement cité l'*avortement* comme une des conséquences presque nécessaires de ces affections, mais l'examen des faits nous a démontré que l'avortement, quoique plus fréquent chez les femmes affectées de déviation, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit communément.

Les *difficultés de l'accouchement* peuvent être considérables, ainsi que l'a prouvé M. Dezanneau pour l'antéversion, et il est plus que probable que dans les cas de déviation chez les femmes grosses, on a eu quelquefois affaire à des femmes qui avaient déjà l'utérus dévié au moment de la conception, de telle sorte que la position vicieuse de l'utérus les disposait aux symptômes si graves qu'elles devaient éprouver dès que l'organe aurait pris une certaine ampliation.

Quant à la *stérilité*, nous avons des données beaucoup plus précises. D'abord sur les 117 cas que nous avons rassemblés, la stérilité a existé 19 fois, ce qui est déjà un chiffre considérable chez des femmes jeunes et désirant pour la plupart avoir des enfants. Mais le fait devient bien plus frappant, si l'on considère que sur les 98 qui restent, 42 n'ont eu qu'un seul accouchement, bien que plusieurs d'entre elles eussent perdu leur premier enfant, et désirassent beaucoup en avoir d'autres. Il est une autre preuve, moins directe, il est vrai, de l'existence de la stérilité, mais qui cependant a sa valeur. Très souvent les femmes ne demandent les soins du médecin que dans l'espoir d'avoir des enfants qu'elles désirent depuis plusieurs années.

Enfin, dans les cas où les femmes sont devenues enceintes, l'*avortement* a été fréquent.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de ces affections est habituellement croissante et chronique. Ce n'est pas toutefois que, de loin en loin, il ne survienne des améliorations plus ou moins considérables; il est, au contraire, ordinaire de voir dans les observations, qu'à

à l'aide de *pessaires pleins* poussés dans le fond du vagin, entre l'utérus e
[...]m pour les déviations en avant, et entre l'utérus et la vessie pour les dé
[...] en arrière. Cette pratique a été très souvent imitée, soit qu'on ait intro
véritables pessaires, soit qu'on ait placé tout simplement des *éponges*, des *bo*
[...]ets de charpie, des *morceaux de liége*.

[...] est évident que par ces moyens on agit presque exclusivement sur le
[...] que peuvent-ils lorsqu'il s'agit d'une flexion, et que, par conséquent, le c
[...]ent pas suivre les mouvements imprimés au col ? Que peuvent-ils égalem
[...]ue l'utérus est mou, et que l'impulsion donnée à une de ces parties n
[...]mmunique pas aux autres ?

Les pessaires de M. Hervez de Chégoin ont, il est vrai, un appendice desti
[...] sur le corps ; mais cette action est nécessairement très bornée, et c'est pl
[...] moyen de sustentation qui s'oppose à ce que l'utérus pèse sur les parties
[...]s, qu'un redressement véritable.

On ne saurait nier cependant que ces moyens ne produisent de bons effets l
[...]'ils peuvent être supportés un temps assez long ; mais il nous faudrait des ob
[...]ions bien détaillées pour nous montrer leur valeur comme traitement radica
Quant à leurs inconvénients, on sait que fréquemment les femmes sont obli
[...] renoncer à ces corps étrangers, et M. Piachaud (1) a signalé un résultat
[...]ntageux des pessaires qui n'agissent que sur le col. Ayant, dans une anté
[...], porté un bourdonnet de charpie entre le col de l'utérus et le rectum, i
[...]lque temps après que le col seul avait été repoussé en avant, et que, par c
[...]quent, il s'était produit une antéflexion. On avait fait usage d'un tampo
[...]rpie et non d'un pessaire ; mais l'action est évidemment la même.

Pessaires de baleine de M. Mayer. — Le docteur Mayer, de Berlin, avait i
[...]é un instrument fort simple qu'il appliquait principalement aux chutes de l'u
[...], et que nous avons appliqué aux déviations. Il consiste dans une tige de
[...]ne en forme de spatule et munie d'une éponge à sa petite extrémité. Sa gr
[...]trémité est percée de deux chas dans lesquels on passe un ruban de fil pour
[...]r de ceinture. L'extrémité munie d'une éponge étant introduite dans le fond
[...]agin, en avant ou en arrière, suivant l'espèce de déviation, on recourbe la bale
[...]qui vient se fixer sur l'abdomen à l'aide de la ceinture de ruban de fil. Nous
[...]ons obtenu, à l'aide de ce moyen, qu'une seule guérison, et M. Mayer ne l'e
[...]ploie pas contre les déviations, mais bien le redresseur de Kiwisch dont n
donnerons plus loin la description et qu'il a avantageusement modifié.

Traitement par adhérences du col du vagin. — M. Amussat (2), n'ayant
obtenu de véritables succès à l'aide des moyens mis généralement en usage, a
l'idée de provoquer des adhérences entre le col et la paroi du vagin vers laquell
corps est dévié. Pour cela il *cautérise avec le caustique de Vienne solidifié* la m
queuse du col et du vagin, et rapproche ces parties l'une de l'autre. Il faut, p
que ce procédé puisse être utile : 1° qu'il n'y ait qu'une simple version ; 2° q
le tissu de l'utérus soit assez ferme pour que les mouvements imprimés au co
transmettent au corps ; 3° enfin que le vagin ne soit pas assez flasque pour que

(1) *Thèse citée.*
(2) *Bull. gén. de thérapeutique.*

Suivant ces auteurs, auxquels il faut joindre MM. Mayer (1), Sommer (2), e plusieurs autres, ce sont principalement les flexions qu'on rencontrerait sur le vi vant, comme sur le cadavre. Mais ceci demande une explication. Selon M. Som mer, il faut distinguer la *courbure en forme d'arc* de la flexion proprement dit Cette distinction est, en effet, très importante, et nous avons rangé la premiè forme dans les versions avec courbure. Cette distinction est importante, parceq dans la simple courbure, la consistance de l'utérus n'est pas diminuée, tandis qu dans la flexion véritable, son tissu est ramolli dans le point où il est plié, et un de ces parois, celle qui est au fond de l'angle rentrant, est ordinairement aminci Nous ferons connaître, en parlant de l'*antéflexion*, la manière dont M. Virchow a expliqué la formation de cette flexion.

Ce ramollissement de l'utérus, dans le point de la flexion, a été signalé pa Kiwisch, par M. Virchow, par M. Sommer, par M. Depaul, et nous en avons cit plusieurs exemples, dont un a été décrit dans nos leçons cliniques.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple version, la paroi la plus déclive est habituell ment engorgée et plus ou moins épaissie.

Le col de l'utérus est le plus souvent volumineux, et présente des érosions, de granulations qui occupent un plus ou moins grand espace autour de son orifice, qui pénètrent dans son intérieur. Chez les femmes qui ont eu des enfants, l'orifi externe est béant, principalement dans les flexions. Quant à l'orifice interne, il e parfois étroit, mais bien moins fréquemment que ne l'ont avancé Kiwisch M. Virchow. La facilité extrême avec laquelle nous avons introduit la sonde uté rine dans presque tous les cas chez les femmes qui avaient eu des enfants, prouv que la coarctation de l'orifice interne n'est pas due, en général, à la déviation elle même. L'orifice externe peut également être dans un état considérable d coarctation; mais cette disposition est surtout occasionnée par des cautéri sations profondes et multipliées, à la suite desquelles s'est formé un tissu inodu laire dont la rétraction a bridé l'orifice.

Dans les cas où la coarctation de l'orifice du col est très considérable, il y a ré tention des produits de la sécrétion. M. Virchow a vu la cavité utérine prendr une forme arrondie et contenir une quantité considérable de mucus dans lequel o trouvait une grande quantité de débris d'épithélium. Kiwisch a vu une véritab *hydrométrie* être causée par ce rétrécissement.

Dans les cas compliqués, on trouve des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur des pa rois de l'organe, quelquefois des polypes, ou des productions de nature cancéreus

A l'extérieur de l'organe, on voit, dans un certain nombre de cas, des adh rences plus ou moins serrées de l'utérus avec les parties voisines, et qui résulte de péritonites partielles sur lesquelles M. Virchow a particulièrement insisté.

Enfin, les tissus voisins peuvent présenter des traces d'inflammation chroniqu de l'induration, des tumeurs, des relâchements, etc.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces généralités, parce que la plupa des détails seront mieux placés dans l'histoire de quelques déviations en particulie

(1) *Erfahrungen über das neue von* Kiwisch *erfundene Instrument*, etc., in *Verhan lungen der Gesellschaft*, etc., in Berlin, 1851.

(2) *Giessen, 1850.*

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

1° *Toucher vaginal.* — En première ligne vient le toucher, et surtout le *toucher vaginal.* On ne peut se dispenser de l'employer pour le diagnostic des déviations utérines, car il fournit des indications extrêmement utiles. Nous le pratiquons d'abord, la femme étant debout, parce que, dans cette position, on apprécie mieux le degré de la déviation. D'ailleurs, les premiers symptômes se produisent surtout quand elle est debout; et il est important de connaître au juste quelle est alors la direction de l'utérus, cette direction pouvant n'être plus la même si la malade est couchée. Le doigt indicateur avec lequel on pratique le toucher doit suivre l'axe du vagin pour arriver jusqu'au col, et nous ne saurions trop vous recommander d'aller doucement, graduellement, sans chercher à vouloir arriver d'emblée sur le col, et surtout de bien éviter de repousser trop fortement les parties et d'occasionner de la douleur.

Si le doigt indicateur ne pouvait atteindre le col, il serait bon d'introduire en même temps le médius, qui, ayant un centimètre environ de plus en longueur, permettrait d'explorer à une plus grande profondeur.

Certains auteurs ont conseillé de chercher à pénétrer plus avant, en faisant prendre au coude un point d'appui sur la hanche et sur le genou. Mais c'est alors surtout que l'on doit aller avec beaucoup de lenteur et de ménagement. Il ne faut surtout jamais se préoccuper exclusivement du soin de rencontrer le col, mais bien au contraire, chercher à se rendre compte de tout ce qui se présente sous le doigt.

Rappelons d'abord ce que l'on trouve, à l'aide du toucher, *quand l'utérus est à l'état normal*, afin d'avoir un point de comparaison.

Si l'utérus occupe sa position normale, on rencontre d'abord la lèvre antérieure, puis, immédiatement au-dessus, l'ouverture du col qu'il est très facile d'atteindre. En portant le doigt en avant, on trouve la face antérieure du col se continuant supérieurement avec la face antérieure du corps qui ne peut être complétement suivie, et qui se dirige obliquement en haut et en avant, en s'inclinant vers la paroi abdominale antérieure, comme pour aller la rejoindre. En avant du corps, on sent la résistance molle particulière à l'intestin. La vessie, distendue par l'urine, peut donner une sensation de fluctuation, et quelquefois être assez volumineuse pour gêner l'exploration; il faut alors la vider en sondant la malade si elle ne peut pas uriner spontanément.

En arrière de l'ouverture du col, le doigt rencontre la lèvre postérieure derrière laquelle se trouve le cul-de-sac du vagin, dans lequel on pénètre suivant la face postérieure du col. Le doigt ne peut atteindre plus loin que la réunion du col avec le corps, et tout à fait en arrière on ne trouve plus rien, on sent seulement la mollesse particulière à l'intestin, à moins, toutefois, que des matières fécales étant accumulées dans le rectum, on n'en apprécie la résistance à travers la paroi recto-vaginale.

Si vous êtes bien pénétrés des principes que nous venons de vous exposer, il vous sera facile d'en faire l'application à l'*exploration des déviations* de l'utérus. Il est évident, en effet, que dans les déviations du col, le doigt, en pratiquant le toucher, ne rencontrera plus cette partie dans la même position, ou bien si c'est la direction

convénient que les malades furent obligées de garder le lit et un repos absolu pendant tout le temps qu'elles portèrent l'instrument. Ensuite nous avons donné à la sonde une courbure demi-circulaire et des points d'appui solides : c'est le redresseur avec le bandage. Les malades peuvent faire, avec ces instruments, tous les mouvements, se promener, etc. ; mais l'introduction en est plus difficile, cependant on y parvient avec un peu d'habitude et je m'en sers encore aujourd'hui dans plusieurs circonstances. Cet appareil doit être accommodé exprès pour chaque malade. Il faut d'abord introduire la sonde, prendre la mesure exacte du diamètre longitudinal de la cavité utérine, et faire construire la tige trois lignes plus courte que cette mesure ; on mesure avec le doigt la largeur de l'orifice externe et l'on fait donner au disque ovalaire une largeur un peu plus grande, pour empêcher qu'il ne glisse dans l'orifice. On donne à la branche externe une courbure bien appropriée au cas. Le bandage (semblable à un bandage à hernie et sur la pelote duquel se fixe la branche externe du redresseur) doit être aussi conformé suivant le sujet.

Voici maintenant la description de l'instrument perfectionné.

SONDE A BRANCHES DIVERGENTES ET ÉLASTIQUES DE KIWISCH.

« L'appareil dont je me sers presque généralement a la forme de ma sonde utérine dont la partie supérieure se trouve fendue de haut en bas, de l'extrémité boutonnée jusqu'à 2 pouces au-dessous, de manière que la partie supérieure se trouve constituée par deux branches divergentes, élastiques, dont la divergence supérieure au niveau du bouton a un pouce de largeur. Par les extrémités supérieures de ces deux branches divergentes passent des fils de soie, lesquels, tirés par un mécanisme, rapprochent les deux branches de manière que l'instrument prend la forme et l'aspect de la sonde utérine ordinaire. Au-dessous de la partie de la sonde qui pénètre dans la cavité utérine se trouve un évasement en forme d'entonnoir, destiné à loger la partie inférieure de la sonde. L'instrument se compose donc de deux pièces : de la partie supérieure à branches élastiques divergentes qui restent dans la cavité utérine, et de la partie inférieure munie d'un manche qui est retiré après l'introduction de l'instrument. Au bord supérieur de l'évasement en forme d'entonnoir se trouve soudée une canule flexible de fil métallique, longue de 2 pouces et demi à 3 pouces. L'instrument appliqué, cette canule flexible déborde un peu, et sert de guide à la partie inférieure de l'instrument lorsque celle-ci doit être introduite dans l'évasement pour ôter l'appareil. La partie inférieure consiste en une tige de métal, longue de 5 pouces, angulaire, légèrement recourbée, qui le fixe solidement dans l'évasement en forme d'entonnoir, de manière que les deux parties réunies forment un seul corps. Cette tige se termine en bas par un manche de bois de trois pouces et demi de longueur, et sur lequel se trouve un mécanisme qui sert à ouvrir ou fermer, écarter ou rapprocher les branches divergentes de la partie supérieure. L'écartement ou le rapprochement s'opère au moyen d'un fort fil de soie qui passe par deux trous percés dans les deux moitiés du bouton qui termine la sonde en haut. De ces deux trous, les deux bouts du fil descendent en bas, s'entrecroisent au-dessous du milieu de la partie supérieure à sa face convexe, passent par deux ouvertures qui se trouvent, une de chaque côté dans l'évasement à forme

l'entonnoir et descendent de là vers le manche de la sonde, au niveau duquel les deux bouts du fil se réunissent et se fixent sur un anneau de métal. Dans le corps du manche se trouve une gouttière de métal, longue de 2 pouces, dans laquelle se trouve un listel muni d'un crochet qui déborde la superficie du manche et avec lequel l'anneau s'accroche. Ce petit listel à crochet est mis en mouvement par une vis de rappel qui passe par la gouttière à travers le manche, et se termine à l'extrémité inférieure du manche en un disque crénelé. Si l'on tourne ce disque à droite, le listel à crochet, et avec lui l'anneau avec les fils de soie descendent en bas dans la gouttière, et les branches de la partie supérieure de la sonde se rapprochent. Si l'on tourne le disque à gauche, le listel à crochet monte dans la gouttière, et les branches de la sonde s'écartent. Si le disque est tourné à droite jusqu'à ce que le pied du listel touche l'extrémité inférieure de la gouttière, les fils de soie se trouvent tendus fortement et les branches sont fermées : l'instrument représente alors la sonde utérine ordinaire, et on l'introduit suivant les règles. Après avoir redressé l'utérus, on tourne le disque à gauche pour faire monter le listel ; les branches de la sonde s'écartent et se fixent d'elles-mêmes dans la cavité utérine. On détache alors l'anneau de son crochet en le laissant pendre librement, et l'on retire de la canule la partie inférieure de la sonde en laissant la partie supérieure en place.

« Si l'on veut ôter l'instrument, on introduit la partie inférieure dans la canule, on passe le crochet dans l'anneau, et l'on tourne le disque à droite jusqu'à ce que les fils se trouvent fortement tendus ; les branches sont alors fermées. On retire ensuite l'instrument avec précaution, en s'assurant qu'on n'a pas pincé quelque pli de la membrane muqueuse entre les branches de la sonde. Si cela avait lieu, il faudrait tourner un peu le disque pour ouvrir légèrement les branches ; le pli s'échappe alors ; on tire l'instrument en bas, on ferme de nouveau les branches, et l'instrument peut alors être retiré sans difficulté.

« Il faut choisir un fil de soie très fort et résistant ; si le fil se brisait, on aurait beaucoup de difficulté à retirer l'instrument.

« Nous avons appliqué cet instrument quelques centaines de fois sans que jamais cet accident nous fût arrivé. Cependant, par mesure de précaution, on pourrait appliquer un second fil qui descendrait et se fixerait à la canule, et qui fonctionnerait seulement dans le cas où le premier fil se serait brisé. »

Le docteur Mayer, de Berlin, qui a mis en usage l'instrument de Kiwisch, lui a reconnu plusieurs inconvénients qu'on peut résumer, comme il suit, avec le docteur Sickel (1) :

« 1° Quand la cavité du col est étroite, l'introduction de l'instrument est plus difficile et plus douloureuse que celle de la sonde ; cela provient de ce que les fils de soie placés sur la partie convexe de l'instrument passent difficilement dans les anneaux, ceux-ci étant très petits, et leur plissement pendant l'introduction détermine en même temps de la douleur.

« 2° Il arrive fort souvent qu'en retirant l'instrument les fils sont agglutinés par le mucus et se cassent quand on l'ouvre.

(1) *Jahrbücher der gesammten Medicin*, 1851.

» Mayer pense donc qu'on ne peut confier ni à la malade ni à des personnes étrangères à l'art le soin de cette opération.

» 3° L'introduction de l'instrument donne lieu tantôt à l'issue de quelques gouttes de sang, tantôt le sang répandu est en plus grande quantité ; il provient de ce que la cavité du col ou du corps a été blessée.

» 4° Enfin l'irritation quotidienne qu'on fait éprouver à la muqueuse détermine un écoulement muco-purulent qui nécessite les secours de l'art.

» Pour remédier, ajoute M. Sickel, à quelques-uns de ces inconvénients, Mayer a modifié ainsi l'instrument de Kiwisch :

MODIFICATIONS DE M. MAYER AU REDRESSEUR DE KIWISCH.

» A la partie supérieure des deux branches, à 3 lignes au-dessous de la petite ouverture qui y est placée, et à travers laquelle passe le fil, se trouve une seconde ouverture oblique de dehors en dedans et de haut en bas.

» Entre les deux ouvertures, sur le côté externe des branches, est tracé un sillon dans lequel se place le fil venant de l'orifice supérieur vers l'orifice inférieur du même côté ; il contourne ensuite la face interne, vient passer dans un anneau fixé sur ce côté des branches, continue sa route jusqu'à l'union de celles-ci, point où il est protégé par un petit pont. A l'union des branches, le fil se dirige en arrière, parcourt la face convexe de l'instrument dans un anneau long d'un pouce jusqu'à l'extrémité supérieure de celui-ci, et au moyen de deux boutonnières qui se correspondent et faites par le fil lui-même, vient se fixer à un anneau mobile autour de l'instrument. »

REDRESSEUR DE SIMPSON.

C'est en 1843 que M. Simpson a fait d'abord connaître son redresseur, et tout porte à croire que Kiwisch et lui sont arrivés au même résultat, sans que les recherches de l'un aient été communiquées à l'autre.

Comme Kiwisch, il n'est pas arrivé du premier coup à l'invention de l'instrument tel qu'il l'emploie aujourd'hui.

D'abord il a fait usage d'un instrument qui a de l'analogie avec celui que M. Velpeau avait déjà employé, mais dont il avait abandonné l'usage. Cet instrument de M. Velpeau était une *tige fixée sur un demi-disque*. On introduisait la tige dans l'utérus, puis on tournait la convexité du demi-disque en avant ou en arrière, suivant qu'on voulait repousser le col en arrière ou en avant.

Le premier instrument de M. Simpson consistait dans un disque ovalaire métallique entier, sur lequel était fixée une tige également métallique, de 6 centimètres de diamètre, et articulée de manière à pouvoir se coucher sur la face supérieure du disque. On introduit l'instrument, la tige étant couchée, en présentant l'extrémité de l'ovale à l'ouverture du vagin ; puis, quand l'extrémité de la tige a pénétré dans le col, on la relève, on la pousse jusque dans la cavité de l'utérus, et on laisse le disque libre dans le vagin, comme un pessaire ordinaire.

Cet instrument est souvent très bien supporté, parce qu'il se prête aux *mouvements de la matrice* ; mais il paraît beaucoup plus utile pour les flexions que pour

les versions, et il est malheureusement d'une introduction très laborieuse et do loureuse.

Le *redresseur proprement dit* de M. Simpson est différent. Il consiste dans u ige intra-utérine de métal, que M. Rigby a fait faire d'ivoire. Cette tige a éga ment 6 centimètres environ dans les cas ordinaires. Elle est fixée au milieu d' isque ovale à bords arrondis sur lequel doit reposer le col. Ce disque a 4 centin tres et demi dans son plus grand diamètre. De sa partie inférieure part une t creuse qui se dirige d'arrière en avant, pour sortir du vagin quand l'instrument en place. Dans cette tige, on introduit à frottement une tige pleine, au bout de quelle est un plastron ou écusson de laiton, fortement recourbé à sa partie su rieure, pour venir s'agrafer pour ainsi dire sur la partie supérieure des pubis.

Tel est l'instrument de M. Simpson. Ce médecin n'emploie ni fils, ni cord our fixer le plastron ; la courbure de ce dernier doit suffire. Les essais tentés, rance, avec ce redresseur ont fait voir qu'il était d'un emploi très difficile, et b qu'il nous ait procuré nos premiers succès, nous n'avons pas tardé à sentir la cessité de le modifier. Après plusieurs tentatives, nous sommes arrivé à n enir d'un *redresseur articulé*, avec disque de caoutchouc vulcanisé, qu'on e après l'introduction de l'instrument, et à flexion fixe avec une ceinture uban de fil.

Le redresseur utérin, à tige articulée, est constitué par une tige destinée à étrer dans la cavité utérine ; cette tige de métal ou d'ivoire, d'une longueur able, suivant les cas, a le volume d'une très petite plume d'oie ; elle surmo disque de métal de 2 centimètres de diamètre ; elle est fixée à la face supérie de ce disque, sur laquelle doit reposer le museau de tanche, quand la tige s dans l'utérus. Elle se termine en bas par deux saillies circulaires, entre lesque doit se placer le disque creux en caoutchouc, semblable à celui qui existe dans irrigateurs vaginaux de M. Maisonneuve. Cette première partie de l'appareil nie par une articulation à ressort, avec une autre tige de métal qui, devant res dans le vagin, a reçu le nom de *tige vaginale*.

Le ressort, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, est disposé telle sorte, qu'il sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une l'autre. En ouvrant le ressort, on peut abaisser le disque et la tige utérine, qui surmonte, jusqu'à ce qu'ils se continuent en ligne droite avec la tige vaginale. mécanisme du ressort ne s'oppose pas à ce qu'après avoir été unies dans cette sition, les deux tiges puissent être fléchies de nouveau l'une sur l'autre ; mais lo qu'on arrive à l'angle droit, le ressort entre en jeu (à la façon de ceux qu'on ada à certains couteaux poignards) et les maintient fixées dans cette situation.

La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à an droit, sans articulation, avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. La rection du plastron est donc à peu près parallèle à celle de la tige utérine, et mouvements imprimés à l'une de ces deux portions de l'instrument doivent communiquer à l'autre, quand l'appareil est en place, la tige du plastron étant troduite dans la cavité de la tige vaginale.

Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réuni à l'aide d'un fil passé dans un trou pratiqué à la tige vaginale, près de l'articu tion ; ce fil est noué sur le plastron.

[redacted]

Le plastron est fixé le long de l'abdomen, à l'aide de deux liens situés à sa partie supérieure et formant *ceinture;* deux autres liens, devant servir de *sous-cuisses*, sont attachés à sa partie inférieure, près du point sur lequel doit être noué le fil qui unit les deux portions de l'instrument.

Cet instrument, ainsi constitué, diffère de celui de M. Simpson, d'abord par le volume du disque. Le sien est ovale, et son plus grand diamètre a plus de 4 centimètres et demi, ce qui rend son application difficile, car il faut le faire pénétrer dans le vagin en même temps que le doigt, qui guide son introduction. Aussi est-ce la première chose que nous avons songé à modifier dans l'instrument de M. Simpson, et d'abord nous avons tout simplement diminué et réduit à 2 centimètres le diamètre du disque. Nous avons même songé à supprimer le disque chez les vierges, pour éviter de détruire l'hymen. Mais en diminuant le disque, on risque de le voir pénétrer dans le col, et alors la tige peut toucher le fond. Avec le disque en caoutchouc on n'a aucun inconvénient. On l'introduit vide, ce qui ne gêne en rien la manœuvre ; puis on l'insuffle, ce qui l'empêche de pénétrer.

Une autre différence, et celle-là est capitale, c'est que dans l'instrument de M. Simpson, le disque, supportant la tige utérine, est soudé sur la tige vaginale. La flexion est donc permanente, et pour introduire l'instrument, il faut adapter à la tige vaginale un manche fortement recourbé en sens contraire. J'ai fait longtemps usage de ce redresseur à flexion fixe, mais à disque plus petit, soit constitué comme je viens de vous le dire, soit légèrement modifié, en ce que la tige vaginale, au lieu d'être creusée pour recevoir le plastron, étant au contraire pleine et allongée, pénétrait dans un trou du plastron, que l'on fixait ensuite à l'aide d'un écrou à vis. Avec ce dernier instrument, on n'avait pas besoin de manche pour introduire la tige utérine, la tige vaginale étant assez longue pour y suppléer. Après l'introduction, les deux parties de l'appareil restaient solidement réunies, ce qui était important, puisque c'est surtout pour les empêcher de se séparer, ainsi que cela avait eu lieu dans plusieurs cas, que nous avons eu l'idée d'apporter cette modification. Depuis, nous y avons renoncé, parce que nous nous sommes assuré que le simple fil ciré dont nous nous servons de préférence suffit parfaitement.

» Le redresseur à flexion fixe a été utilement employé dans un bon nombre de cas, et surtout dans ceux d'antéversion avec ou sans flexion, pour lesquels son introduction n'offrait pas d'aussi grandes difficultés. Mais il n'en a pas été de même, quand il s'est agi de rétroversions, et surtout de rétroflexions, la courbure que formait l'instrument avec le manche *porte-tige*, venant arc-bouter contre le pubis, rendait l'opération laborieuse, difficile et quelquefois impossible.

» C'est le désir d'obvier à de tels inconvénients, qui m'a porté à rechercher un moyen de supprimer la flexion de la tige utérine sur la tige vaginale pendant l'introduction de l'instrument, pour la rétablir quand il serait placé.

» Nous étions d'abord parfaitement arrivé au but que nous nous proposions avec un instrument malheureusement trop compliqué. C'est le *redresseur à flexion graduelle*, dont voici la description abrégée : un bouton, situé à l'extérieur, fait jouer une vis à l'aide de laquelle la tige utérine et le disque qui la supporte s'élèvent ou s'abaissent à volonté. Une échelle graduée, placée près de ce bouton, permet de se rendre compte du degré d'inclinaison de la tige utérine. Le plastron se

fixe au moyen d'une vis de pression sur la portion de la tige vaginale qui dépasse notablement la vulve.

» On voit que cet instrument n'a pas toute la simplicité désirable; mais, outre ses complications, on peut lui reprocher son poids considérable qui fatigue beaucoup les malades, et cette saillie de la tige vaginale hors de la vulve, qui lui permet de recevoir des chocs inattendus, et de les transmettre à l'utérus, en développant une grande douleur.

» Son plus grand avantage est de permettre de relever graduellement l'utérus, et de le maintenir aussi longtemps qu'on le jugera convenable dans les positions intermédiaires; tandis qu'avec l'instrument articulé il faut arriver tout de suite au redressement complet, et alors c'est seulement avec la sonde que l'on passe par ces positions intermédiaires.

» Après avoir exposé les modifications essentielles successivement apportées à l'instrument, et les motifs qui m'ont porté à les lui faire subir, nous avons fait garnir les plastrons d'une peau souple et rembourrée, afin d'éviter le frottement d'un corps dur sur le pubis; mais nous y avons renoncé parce qu'il en résultait une sensation de chaleur insupportable, et qu'une fois imprégné de sueur et de mucosités, il répandait une odeur désagréable; tandis qu'un peu d'ouate, placée entre le plastron de laiton et la paroi abdominale, remplit le même usage et offre, en outre, l'avantage de pouvoir être facilement renouvelée dans un but de propreté.

M. Simpson diffère encore de nous en ce qu'il n'emploie pas de liens, et se contente de recourber fortement au-dessus du pubis le plastron qu'il fait très petit. Nous trouvons aux liens l'avantage de fixer plus solidement l'instrument, et de pouvoir, suivant la manière dont on les attache, faire varier dans tel ou tel sens l'inclinaison de la tige utérine.

Introduction du redresseur utérin. — Le redresseur articulé sera introduit dans l'utérus comme le serait une sonde droite. Il doit être préalablement ouvert, de telle sorte que la tige utérine et le disque qui la supporte fassent, avec la tige vaginale, une ligne droite. Comme cette partie de l'appareil n'offre pas assez de longueur pour pouvoir être facilement manœuvrée, on se sert d'un manche porte-tige presque droit qui pénètre dans la cavité de la tige vaginale, et que l'on retire ensuite pour placer le plastron.

Comme la tige vaginale forme une légère courbe à concavité supérieure dont nous n'avons pas cru devoir tenir compte dans la description, le manche porte-tige présente une courbure analogue en sens opposé, qui corrige la première et donne au tout, non pas la forme d'une ligne droite, mais celle d'un S allongé et dont les deux courbures seraient considérablement aplaties.

L'instrument ainsi disposé, on l'applique, je le répète, comme s'il s'agissait d'une sonde droite. On rencontre les mêmes difficultés que pour l'introduction de la sonde; on les surmonte en usant des mêmes précautions.

Lorsque la tige a pénétré en entier dans la cavité utérine, le doigt qui était resté dans le vagin pour servir de conducteur à l'instrument, sent le col venir toucher le disque sur lequel il s'applique directement.

C'est alors qu'il faut rétablir la flexion entre les deux tiges, et pour cela il suffit de porter en haut, en le poussant en arrière, le manche qui entraîne la tige vagi-

nale. Mais comme au moment où le ressort entre en jeu la muqueuse du cul-de-sac postérieur du vagin pourrait être blessée, ou tout au moins douloureusement pincée, il faut avoir soin de l'éloigner en la déprimant avec le doigt.

Cela fait, on voit la tige vaginale qui apparaît à la vulve être entraînée vers la fourchette dans les cas de déviation en avant, vers le clitoris, dans ceux de déviation en arrière, par suite du mouvement en sens opposé que le corps de la matrice imprime à la tige utérine ; car il tend, en vertu de son poids, à reprendre sa position vicieuse. Dans quelques cas même, surtout dans ceux de rétroversion, l'utérus, considérablement engorgé, est assez volumineux et assez lourd pour qu'il y ait lieu de craindre que la paroi supérieure du vagin ne soit blessée par la pression de l'extrémité libre de la tige vaginale, ou que cette tige ne vienne arc-bouter sous le pubis, de telle sorte qu'il soit difficile de l'atteindre pour placer le plastron. Il sera facile d'obvier à ces inconvénients en n'abandonnant pas la tige à elle-même lorsqu'on retirera le manche pour placer le plastron, et il suffira d'un seul doigt pour la maintenir.

Une fois le plastron placé, on unit ensemble les deux pièces de l'appareil en nouant sur la partie inférieure du plastron les deux chefs du fil que l'on avait, au préalable, passé dans le trou de la tige vaginale. Il suffit de serrer assez fortement pour que les deux pièces ne puissent se séparer ; mais on doit laisser assez de jeu pour qu'aucune partie ne soit lésée.

Le tout est ensuite maintenu autour du corps à l'aide des cordons supérieurs servant de ceinture. On serre fortement dans un cas de déviation antérieure, modérément dans un cas de déviation en arrière ; vous comprenez dans quel but.

Grâce à la solidarité établie entre les deux parties de l'appareil, la tige utérine se meut en même temps que le plastron, et comme elle lui est parallèle, ses mouvements ont lieu dans le même sens ; si donc vous appliquez fortement le plastron contre la paroi abdominale, vous rejetez d'autant plus en arrière la tige qui emporte avec elle la matrice, et l'on a tout intérêt à exagérer ce mouvement de translation en arrière pour combattre un déplacement en avant. C'est pourquoi l'on serre fortement la ceinture à laquelle on attache même les sous-cuisses.

Dans le déplacement en arrière, au contraire, on a tout avantage à ramener le corps de l'utérus le plus en avant possible, en refoulant le col en arrière ; il faut donc éloigner le plastron de la paroi abdominale. On y parvient en serrant très modérément la ceinture et en tirant, au contraire, assez fortement sur les sous-cuisses que l'on attache au plastron lui-même, afin de le faire descendre un peu et de le ramener en avant.

Le redressement ne devra être appliqué que lorsqu'on aura employé la sonde seule pendant un temps suffisamment long pour être assuré qu'elle ne peut suffire au traitement, ou dans les cas dans lesquels l'utérus a une si grande tendance à reprendre sa position vicieuse, qu'il y retombe aussitôt après avoir été relevé par le cathétérisme. Nous avons eu une antéversion et plusieurs rétroflexions guéries, ou près de l'être, par le cathétérisme seul : ce qui suffit pour engager à persister plus longtemps dans l'emploi de ce moyen.

Dans tous les cas, l'instrument ne doit être placé qu'à une époque notablement éloignée de la période menstruelle, quatre ou cinq jours au moins après la disparition, et sept ou huit jours au moins avant l'apparition des règles ; car il aurait

convénient ou de ramener une hémorrhagie inquiétante et peut-être de provo-
'r une inflammation de l'utérus si les règles avaient cessé depuis trop peu de
ıps, ou de les faire avancer si elles devaient bientôt paraître. Dans tous les cas,
survient quelqu'un de ces légers accidents, il faut enlever l'instrument. Nous avons
des cas rares, il est vrai, où il n'a pu rester que vingt-quatre ou trente-six heures,
ce qu'il faisait avancer les règles de dix ou douze jours, et c'est surtout lors
ne première application qu'il en était ainsi, car aux suivantes son action était
ins évidente.

Cette avance des règles, et les légères métrorrhagies provoquées par le redres-
ır, sont un des principaux obstacles apportés au traitement, et vous avez vu
elle persistance il faut pour les surmonter. Chez les femmes qui, pour une cause
pour une autre, ne sont pas actuellement menstruées, la tige est bien plus long-
nps supportée.

Son application produit les mêmes effets immédiats que l'application de la sonde,
'st-à-dire que pendant trois, quatre ou cinq heures, les femmes éprouvent des
liques utérines se dissipant par le moment pour revenir bientôt après, puis re-
raissant moins fortes le lendemain et les jours suivants pour cesser ensuite com-
étement, jusqu'à ce que, revenant de nouveau plus intenses, plus rapprochées,
rès avoir été parfois précédées de malaise général, avec douleurs vagues dans les
embres, elles indiquent l'approche des règles et le moment où le redresseur doit
re enlevé.

Longueur qu'il convient de donner à la tige intra-utérine. — Une précaution
pitale pour le succès du traitement, c'est d'introduire dans l'utérus une tige
sez courte pour que son extrémité n'aille pas heurter le fond de l'organe. C'est
urquoi nous vous avons recommandé de prendre avec la sonde la mesure de la
vité utérine, afin que vous puissiez donner à votre instrument une longueur
oindre.

D'après ce qui se passe, quand le bec de la sonde vient heurter même acciden-
llement la paroi utérine, vous pouvez juger quels troubles provoquerait le con-
ct continuel d'une tige trop longue appuyant sur cette même paroi.

Indépendamment de douleurs insupportables et continuelles, il y aurait des mé-
orrhagies et même de l'inflammation. Dans un cas, de semblables accidents nous
rcèrent à enlever un redresseur dont la tige avait 6 centimètres. Nous le fîmes ré-
uire à 5 centimètres, et non-seulement elle fut très bien supportée, mais même
rocura une prompte et solide guérison.

Cette tige doit avoir le moins de longueur possible. — Dans les cas de version
mple, sans flexion, si le tissu de l'utérus est résistant, non ramolli, il suffira que
tige pénètre un peu au delà de l'orifice interne pour pouvoir le faire basculer
mplétement, le corps devant suivre en sens opposé le mouvement imprimé au
ol, attendu qu'un organe solide et résistant, quand bien même il serait creux,
oit se placer en totalité lorsqu'un mouvement se passe à l'une de ses extrémités.
onc, avec une tige de 4 à 5 centimètres au plus, on réussira toujours à relever la
atrice, en ayant la certitude de ne jamais arriver au contact de sa paroi supérieure.
ans les cas de flexion, ce n'est plus comme pour les versions simples ; cependant,
our maintenir l'organe redressé, il suffit que la tige dépasse d'un centimètre le
oint de flexion, qui se trouve presque toujours au niveau de la réunion du col

avec le corps, ou au-dessus. Par conséquent, la tige n'a pas besoin d'être plus longue que pour les versions simples.

Si la tige est juste assez longue pour maintenir l'utérus sans atteindre son fond, les malades se trouveront immédiatement soulagées et se montreront ensuite très dociles à exécuter toutes vos prescriptions.

Séjour du redresseur ; époque à laquelle il convient de l'enlever. — La femme qui porte le redresseur doit être surveillée très attentivement et revue tous les jours, au moins dans les premiers temps.

Il est important de s'assurer si l'instrument ne s'est pas déplacé. Quelques unes, très indociles, dénouent les cordons et, quand elles les renouent, la tige qui, pendant un mouvement, est sortie de l'utérus, reste dans le vagin dont elle peut blesser les parois ; d'autres, sous prétexte de remplacer les sous-cuisses souillés par du sang ou des mucosités, coupent en même temps le fil destiné à maintenir les deux pièces de l'appareil, qui peuvent alors se séparer et venir chacune de son côté contusionner le vagin. Quand il en est ainsi, il faut immédiatement réappliquer le redresseur, et le maintenir plus solidement fixé.

D'un autre côté, il faut toujours, à la première apparition d'un symptôme fébrile quelconque, être prêt à l'enlever, même en dépit des malades, qui, en ayant éprouvé du soulagement, désirent le conserver plus longtemps. Mais il ne faut jamais leur céder sur ce point, car il est important, dans le cours d'une affection intercurrente, même légère, de débarrasser l'utérus de ce corps étranger qui, y entretenant une certaine irritation, peut attirer de son côté des accidents inflammatoires.

Nous enlevons aussi, en général, le redresseur *lorsque surviennent les règles* qui, vous le savez, peuvent être avancées par sa présence. M. Simpson le laisse en place pendant la durée de la période menstruelle ; il rapporte un fait dans lequel il l'a laissé pendant dix mois consécutifs, et dans une lettre que nous avons reçue de lui, il nous apprend qu'une de ses clientes le conserve *depuis plus de trois ans*, ne voulant pas le laisser enlever, tant elle craint que les symptômes qu'il a fait cesser ne se reproduisent quand l'utérus sera abandonné à lui-même. En le laissant beaucoup moins longtemps, nous avons obtenu d'excellents résultats, et on a signalé des accidents survenus dans des cas où le redresseur était resté trop longtemps. Nous avons vu parfois des douleurs très vives et de l'anémie à la suite de règles plus abondantes et se prolongeant plus longtemps quand nous avons voulu laisser le redresseur en place. Nous jugeons, sauf dans quelques cas où il ne produit aucun trouble, plus prudent de l'enlever, pour le replacer plus tard s'il y a lieu.

Quand les malades ont porté le redresseur pendant un certain temps, un moment arrive ordinairement où, après avoir joui d'une santé parfaite, elles sont prises de coliques utérines plus ou moins fortes et rapprochées, de douleurs se prolongeant dans les lombes, quelquefois avec une courbature générale et un peu de tension du ventre. Il faut alors enlever le redresseur, car, ou les règles vont apparaître, et il pourra être nécessaire de le replacer plus tard, ou elles ne se montreront pas encore, et ces symptômes indiquent que la présence de l'instrument a déterminé dans l'utérus un travail favorable à la guérison. L'utérus ne se maintient *pas en* place seulement parce qu'on l'y a remis, mais parce que la tige utérine, *en séjournant dans sa cavité*, a eu sur ses parois une action excitante, susceptible de

odifier la vitalité des tissus. Cette action commence à se produire après un temps riable (1).

On sait que la susceptibilité de l'utérus est bien plus grande aux approches des gles que pendant les intervalles qui les séparent. Aussi les femmes qui, pour ne cause ou pour une autre, ne sont pas réglées, supportent-elles l'instrument endant un temps beaucoup plus long que les autres. Nous l'avons vu, chez elles, ster quarante-huit et quarante-neuf jours en place, tandis que le terme habituel t de huit ou dix jours, et quelquefois il n'a pu être supporté que vingt-quatre u trente-six heures. Quoi qu'il en soit, nous ne doutons pas que, pour assurer la uérison, il ne faille attendre la manifestation de ces symptômes, qu'ils arrivent au out de vingt-quatre heures ou de cinquante jours, car nous devons vous dire que a durée du séjour de l'instrument n'a pas eu une influence autre que celle-là, et s guérisons survenant après vingt-quatre ou trente-six heures sont tout aussi solides et tout aussi exemptes de rechutes que celles qui ont été obtenues après un emps beaucoup plus long.

Conséquences immédiates du traitement. — En général, l'action du traitement st notablement plus marquée dans les cas de flexion que dans ceux de version omplète, et dans les déviations en arrière que dans les déviations en avant. Des observations ultérieures ont démontré l'exactitude de cette seconde partie de la proosition. Quant à la première, celle qui est relative aux flexions, il n'en a pas été out à fait de même. Nous avons trouvé, en effet, un certain nombre de *flexions n avant*, très probablement congénitales, qui se sont montrées rebelles. Les cas le ce genre appartiendraient-ils plus particulièrement à cette forme signalée par MM. Kiwisch, Virchow, Depaul, etc., et dans laquelle la paroi antérieure est noneulement ramollie, mais encore très atrophiée au point correspondant à la flexion? C'est ce que nous ne pouvons pas décider. Ces cas même ne sont pas toujours incurables, car nous en avons vu où un bourrelet antérieur a pendant longtemps ndiqué le siége du ramollissement après le redressement, et M. Mayer a obtenu la guérison de cas semblables. Sous le rapport des flexions postérieures, ce que nous avions annoncé dans nos leçons cliniques s'est réalisé.

État de l'utérus après le redressement. — Il ne faut pas espérer, que chez toutes les femmes guéries d'une déviation vous trouverez immédiatement l'utérus dans le même état d'intégrité que si elles n'avaient jamais été malades. Vous savez déjà que, le plus souvent, il reste un certain abaissement, ou un repli saillant au point où existait la flexion; je vous ai, en vous parlant de l'antéflexion, expliqué la formation de ce repli par suite de l'affaissement de la paroi moins épaisse dans le point correspondant. L'essentiel, pour que la guérison soit complète, c'est que l'axe de l'organe ne soit plus, en tout ou en partie, dévié de la direction de l'axe du détroit supérieur du bassin.

Cependant, la guérison pourra parfois être considérée comme complète, sans que ces deux axes correspondent parfaitement. A la suite de l'antéversion surtout, il vous arrivera fréquemment de rencontrer encore une légère obliquité de l'uté-

(1) Les succès obtenus depuis à l'aide du *redressement par la sonde et de l'emploi de la tige en caoutchouc combinés* prouvent que cette modification n'est pas aussi nécessaire que nous le croyions.

rus en avant, après la disparition de tous les accidents produits par la déviation. Nous avons vu des médecins qui, dans un des cas semblables, ne se montraient nullement satisfaits du résultat obtenu, quoique les malades fussent dans un état de santé parfaite, et pussent faire de longues courses sans se fatiguer; tandis qu'auparavant, elles étaient très souffrantes et pouvaient faire à peine quelques pas, le corps courbé en avant. Toutefois, il est incontestable que même un certain degré d'inclinaison est parfaitement compatible avec la santé, et l'on doit s'estimer heureux quand on a mis l'utérus dans une position telle qu'il n'existe plus d'accident.

Il pourrait rester une crainte, c'est que dans cette position l'utérus eût plus de tendance à se déplacer de nouveau dans le même sens; mais les faits ne justifient pas cette crainte.

Nous avons vu plusieurs femmes chez lesquelles l'utérus s'est trouvé dans cette position oblique et s'y est parfaitement maintenu. Du moment où on l'a relevé assez pour qu'il n'existe plus d'accidents, il se fait dans les ligaments larges, précédemment tiraillés, un certain travail qui leur rend leur tonicité et leur permet ainsi de maintenir parfaitement l'utérus dans la situation qu'il occupe.

Mais ce n'est pas tout, le temps vient ensuite consolider la guérison, car peu à peu l'organe devient volumineux par suite de la disparition de l'engorgement dont il était le siége. Alors l'utérus, devenant plus léger, remonte à la place qu'il doit occuper normalement, et il ne reste plus aucune trace de la lésion utérine. La diminution de volume de l'utérus sous l'influence de sa nouvelle position se fait, en général, assez rapidement; mais dans les cas où l'engorgement était très considérable, il a fallu quatre, cinq et six mois pour que ce résultat si désirable ait été obtenu.

La preuve, du reste, que dans ce cas la guérison est bien réelle, c'est la cessation des douleurs et de tous les autres symptômes généraux ou fonctionnels par lesquels se traduisait la maladie.

Dans deux cas d'antéversion avec engorgement considérable, l'utérus étant lourd et volumineux, les accidents intestinaux dus à la compression du rectum par le col utérin, non-seulement n'ont pas diminué, mais même ont augmenté après un commencement de redressement obtenu avec l'instrument. C'est que dans ce cas les premiers accidents avaient été produits par la simple pression du col volumineux sur la paroi antérieure du rectum, tandis que plus tard l'utérus n'étant pas complétement redressé, mais occupant une direction oblique à peu près moyenne entre sa direction normale et horizontale, le col poussé par le poids de l'organe, venait presser, non plus transversalement, mais obliquement, de tout ce poids sur la partie inférieure du rectum.

Dans ces cas, il a suffi d'appliquer un redresseur à tige très courte en fixant fortement le plastron contre la paroi abdominale, afin de ramener le col en avant pour obtenir un soulagement immédiat, marqué surtout pendant le séjour de l'instrument. Une de ces malades est guérie, l'autre est encore en traitement, et après chaque application de l'instrument on constate une amélioration plus grande, avec disparition de plus en plus marquée de la douleur et diminution du volume de l'utérus.

Il importe maintenant d'exposer avec soin les résultats définitifs de ce traitement particulier.

Kiwisch, qui s'en est beaucoup occupé et qui a, comme nous l'avons vu, in-

venté des instruments particuliers, n'a pas donné d'indications très précises sur les effets du traitement. Il n'en est pas de même de M. Mayer (1) qui, dans un de ses articles, a cité huit cas de guérison complète sur douze, les quatre autres étant encore en traitement.

M. Simpson (2) s'est contenté de dire qu'il avait obtenu un grand nombre de guérisons et que lors même que le redresseur ne procurait pas la cure radicale, il en résultait un soulagement que les autres moyens ne procuraient pas. MM. Rigby (3) Protheroe Smith, etc., ont cité des faits favorables à ce traitement.

Voici ce que nous avions noté en 1852 : sur 68 cas de déviations utérines de toute espèce, il y avait eu 44 guérisons définitives, 6 améliorations notables, 3 rechutes, 2 cas où l'utérus avait été remis en place sans que les douleurs fussent calmées, 2 cas dans lesquels le traitement avait été incomplet, 9 qui étaient encore en traitement, et 2 chez lesquels tout avait été infructueux.

Aujourd'hui nous avons pu porter le nombre des malades traitées à 117, dont il faut retrancher 9 cas de renversement en arrière traités par un autre procédé que nous ferons connaître plus loin. Restent donc 108 cas.

Nous devons dire d'abord que sur les 68 cas primitivement observés, 12 des malades qui avaient été simplement améliorées, ou qui avaient eu des rechutes, ou qui étaient encore en traitement, ont fini par guérir complétement, ce qui porte à 56 le nombre des guérisons définitives sur 68 cas. Dans les douze autres cas, la guérison n'a pas été obtenue, soit qu'il n'y ait eu aucune amélioration, soit que, malgré le redressement, des symptômes plus ou moins pénibles aient persisté.

Sur les 40 cas traités ultérieurement, abstraction faite des 9 dont nous avons parlé plus haut, et que nous avons traités par un moyen particulier, les choses se sont passées comme il suit : 22 ont été guéries ; 8 ont été seulement améliorées, la plupart ayant fait, pour divers motifs, un traitement incomplet ; 6 sont encore en traitement et 4 n'ont éprouvé aucun bon effet du traitement.

En réunissant ces chiffres nous trouvons, sur 108 cas traités par le redresseur utérin : 78 guérisons définitives, 8 améliorations, 8 malades en cours de traitement et 14 malades chez lesquelles il n'y a pas eu d'amélioration, soit que le traitement ait été impuissant, soit qu'il n'ait pas été suivi jusqu'au bout.

Date de la guérison. — Il est très important de constater la date de la guérison car une objection qu'on a faite à ce traitement, c'est que l'utérus, une fois replacé a une grande tendance à se dévier de nouveau. C'est, en effet, ce qu'on devait craindre théoriquement, puisque la matrice étant seulement suspendue dans le bassin, on devait penser que, soumise aux mêmes causes, elle éprouverait tôt ou tard leur effet et se déplacerait de nouveau. Pour répondre à cette objection, nous nous contenterons de citer les faits de la première série qui sont les plus anciens. Les 56 cas de guérison datent tous aujourd'hui (4) de plus d'un an, et la guérison

(1) *Erfahrungen über das neue von Kiwisch irfundene Instrument* ; etc., in *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtsh.* Berlin.

(2) *Contrib. to the path. and treat. of diseas. of uter.* (*Lond. and Edinb. montly Journ* t. III.

(3) *Med. Times*, 1849.

(4) Il faut se reporter à la date de la 3e édition de Valleix (1852).

ne s'est pas démentie. La santé des malades, que nous avons presque toutes revues plus ou moins fréquemment depuis, s'est maintenue et s'est de plus en plus raffermie. Elles marchent avec facilité et peuvent se livrer à leurs travaux ; leurs fonctions se font bien, et leur embonpoint est revenu. Ces résultats sont concluants.

Ajoutons ici quelques remarques importantes. Dans les déviations, l'utérus est plus ou moins abaissé. Lorsque l'organe est remis dans sa direction normale, il reste pendant un temps variable situé plus ou moins bas, en sorte qu'on trouve encore le col à une petite distance de l'orifice vaginal. Quelques médecins, qui accordent une grande importance à l'abaissement, ne se montrent pas satisfaits de ce résultat. Mais cette manière de voir provient d'une mauvaise appréciation des faits. Dans cet état les femmes ont retrouvé une santé parfaite, et ce qui prouve que la guérison est bien réelle, c'est qu'au bout de quelque temps (deux ou trois mois environ), l'utérus devient plus léger, le col perd son volume anormal, et l'organe tout entier remonte à sa place habituelle.

Quelquefois la matrice, après le redressement conserve une obliquité en avant un peu plus grande qu'à l'état normal, ou reste un peu inclinée en arrière, suivant l'espèce de déviation. Mais on aurait également tort de ne pas compter ces faits parmi les guérisons, car il ne reste plus rien des anciens symptômes, et ce serait, le plus souvent, faire des tentatives inutiles que de chercher à redresser davantage la matrice, puisque l'expérience prouve que cette situation nouvelle peut se maintenir et suffit pour procurer une excellente santé. Remarquons, d'ailleurs, que ces mêmes médecins admettent très bien qu'un certain degré de renversement est compatible avec une très bonne santé. Pourquoi donc ne pas admettre qu'on a réduit ce renversement à ce degré qui ne peut plus être considéré comme une maladie ? En pareil cas, on doit se contenter de surveiller les malades, et si les symptômes ont de la tendance à se reproduire, on reprendra le traitement pour le compléter.

Lorsque dans les cas de flexion, on a redressé l'utérus, il reste, s'il y avait un certain degré de ramollissement, un *bourrelet* encore douloureux au contact dans le point qui était situé au fond de l'angle rentrant. C'est surtout dans les rétroflexions que nous avons constaté l'existence de ce bourrelet. On pourrait être tenté de prendre cette disposition pour un reste de la maladie ; mais encore, en pareil cas, l'expérience prouve qu'avec le temps, ce bourrelet, formé par l'affaissement de la paroi, diminue, devient insensible et n'empêche pas la guérison d'être complète. Il n'est besoin d'aucun traitement nouveau pour cela.

Enfin, chez plusieurs malades, il reste après le redressement, quelques douleurs et certains troubles fonctionnels. Les douleurs sont de nature névralgique. Elles reconnaissent généralement pour cause l'anémie qui suit assez souvent les règles trop abondantes provoquées par le traitement. Un simple *traitement ferrugineux* en fait justice, ou, si elles résistent, les *vésicatoires volants*, avec ou sans *morphine*, les font promptement disparaître (1).

Effets du traitement sur les règles et sur la leucorrhée. — Les règles qui se manifestent pendant ou après le traitement sont ordinairement plus abondantes et de plus longue durée qu'à l'ordinaire. Ces hémorrhagies n'ont absolument aucune

(1) *On peut employer aussi la cautérisation transcurrente* (Nonat). Voyez page 152.

ce d'importance. Elles s'arrêtent ordinairement d'elles-mêmes. Quelquefois ement, pour prévenir l'anémie, il faut hâter leur terminaison par le *seigle er-* et le *tannin.* Quelques médecins ont pensé que cette abondance des règles urait seule la guérison en dégorgeant l'utérus. La réponse est bien simple : augmentation des règles n'a pas lieu dans tous les cas, et la guérison n'en est noins assurée et s'obtient de la même manière quand elle manque.

uand la guérison est bien assurée, les menstrues se régularisent ; elles deviennoins abondantes chez les femmes qui avaient des métrorrhagies et repaent chez celles qui avaient une suppression plus ou moins complète. En un les fonctions de l'utérus reprennent leur état normal.

est remarquable que sans aucun traitement, la *leucorrhée* qui était constante les femmes affectées de déviation, a disparu chez presque toutes celles qui ont i ; tandis qu'elle a persisté chez celles qui n'ont eu qu'un peu d'amélioration iez celles qui n'en ont pas eu du tout.

ffets du traitement sur les granulations, les exulcérations du col. — Dans ertain nombre de cas, les ulcérations du col sont considérables. On ne doit s'en occuper pendant tout le temps consacré au redressement de l'utérus, car es voit souvent disparaître d'elles-mêmes lorsque le but est atteint. Quelquenéanmoins, elles persistent, et alors la leucorrhée continue. En pareil cas on avoir recours aux moyens ordinaires (injections, cautérisations), et ces restes naladie disparaissent promptement. Il serait même possible qu'ils eussent disspontanément plus tard ; mais les malades étant pressées de s'en débarrasser, n'avons jamais attendu plus de huit ou dix jours avant de les combattre.

ette cure facile de lésions qui ordinairement exigent un temps assez long pour détruites, est d'autant plus remarquable dans les cas dont il s'agit, que la pluavaient été précédemment traitées pendant des mois entiers et avaient déses- les médecins par leur persistance ou la facilité avec laquelle elles se reproduiint.

ccidents que le traitement peut produire. — Lorsque l'on a annoncé, pour la nière fois, qu'on traitait les déviations par l'introduction de tiges dans la cavité ine, des appréhensions très grandes ont dû naître dans l'esprit des médecins, I. Simpson, lui-même, nous apprend que la première fois qu'il a appliqué son rument, il a visité la malade toutes les demi-heures, prêt à l'enlever s'il était néaire. Mais il n'a pas tardé à s'enhardir. L'expérience, en effet, prouve que le esseur intra-utérin, bien placé et bien surveillé, n'a, dans la très grande majodes cas, aucun inconvénient.

ans quelques cas, ce traitement détermine des symptômes qui exigent l'interion de l'art. C'est d'abord la *métrite.* L'inflammation de l'utérus est presque ours légère ; une simple application de sangsues et le repos suffisent pour la per. Dans quelques cas, il faut un traitement un peu plus actif, et joindre la phine par la méthode endermique aux moyens précédents. Une seule fois, nous is vu l'inflammation de l'utérus se communiquer au péritoine environnant, me cela peut arriver dans les métrites spontanées, et déterminer une péritopartielle très bornée, qui a cédé aux moyens ordinaires. La guérison n'en a pas is été solide, et elle date actuellement de près de deux ans (1853). Ensuite vient *lammation du tissu cellulaire péri-utérin.* Cette inflammation ne survient pas

ordinairement pendant le séjour de l'instrument, mais à la première éruption des règles qui suit son enlèvement; elle se termine dans l'immense majorité des cas par résolution, mais elle peut aussi se terminer par l'ouverture d'un foyer purulent dans le vagin, comme cela a lieu dans les cas de phlegmon péri-utérin, qui se produisent dans d'autres circonstances très diverses, et qui sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit communément.

On observe encore des *ménorrhagies*, rarement de véritables *métrorrhagies*. Ces pertes de sang n'ont aucune importance; elles s'arrêtent spontanément, ou il faut de très faibles moyens pour les faire cesser. Elles ne nuisent en rien au succès du traitement, et nous avons vu même que plusieurs médecins pensent qu'elles sont utiles; mais nous ne saurions partager cette opinion.

Restent enfin les attaques d'*hystérie* et quelques *accès fébriles* passagers qui peuvent contrarier le traitement en le retardant; mais qui n'ont pas d'importance réelle. Les attaques d'hystérie seules, quand elles sont très violentes, ont un assez grand inconvénient, parce qu'elles peuvent faire craindre que les malades, dans leurs convulsions, ne se blessent avec l'instrument; aussi faut-il recommander de l'enlever dès qu'elles apparaissent.

Appréciation de ces accidents. — Les faits mentionnés plus haut parlent trop en faveur du traitement, pour que nous insistions sur le premier point.

Quant à l'état des malades, tous les praticiens savent combien il est désespéré. Les malades pauvres sont réduites à l'inaction et à la misère; les autres ont toutes leurs fonctions troublées; elles ne peuvent pas vivre de la vie ordinaire; elles éprouvent souvent de vives douleurs; la plupart ont été de tout temps ou sont devenues stériles; toutes ont perdu en tout ou en partie leurs forces, leur embonpoint, le calme de l'esprit. N'est-ce pas là une affection des plus sérieuses, et qu'il faut nécessairement chercher à guérir? C'est ce dont sont bien convaincus les praticiens qui sont si souvent désespérés par ces affections interminables auxquelles ils ne peuvent pas apporter de remède efficace.

Mais y a-t-il d'autres moyens utiles? Nous ne pouvons pas apprécier rigoureusement ici les autres modes de traitement; les éléments nous manquent. Plusieurs ont procuré quelques guérisons, beaucoup ont soulagé les malades; mais il faut reconnaître qu'ils ne s'adressent, pour la plupart, qu'à des cas particuliers, ou bien qu'ils ne procurent que des soulagements passagers, après lesquels l'affection recommence, surtout si les femmes veulent reprendre leur train de vie ordinaire. Or, des moyens qui n'ont d'action qu'à la condition que des malades jeunes garderont un repos presque absolu, ou se priveront de tout, ne peuvent être regardés que comme de faibles palliatifs. Ajoutons que parmi ces moyens il en est, tels que les pessaires, les bondons, en un mot, tous les instruments ayant une action sur l'utérus, qui partagent avec le redresseur utérin une partie des inconvénients signalés plus haut.

Ainsi donc s'exposer, au prix d'une guérison très probable, à produire, dans quelques cas, des accidents presque constamment légers, et auxquels on peut facilement porter remède, ou abandonner à leur sort des malades atteintes de maladies douloureuses, à marche généralement progressive, qui les condamnent à l'inaction, souvent à la misère, ou bien enfin ne recourir qu'à des moyens le plus souvent palliatifs, telle est l'alternative où se trouve placé le médecin. Nous ne croyons pas

le praticien le plus prudent puisse hésiter, d'autant plus que, comme on va le , lorsqu'on prend certaines précautions, on évite les accidents dont il s'agit. iwisch, MM. Simpson, Rigby, Protheroe Smith, Cunning, Mayer (de Ber- , etc., l'ont adopté ; à Paris, MM. Maisonneuve et Richet en tirent tous les s un excellent parti ; à Montpellier, M. Broussonnet, qui a suivi notre clinique, nis en usage avec succès ; M. Lediberder, à Lorient, y a eu recours dans as, et nous écrit que les résultats sont éclatants, et nous pourrions citer d'au- noms de médecins habiles qui n'ont pas cédé aux préventions. Comment ettre que ces médecins, *après avoir vu*, auraient adopté un pareil traitement, e leur avait paru à la fois efficace, et aussi exempt de danger que peut l'être aitement chirurgical quelconque ?

oyen de prévenir les accidents et d'en arrêter les progrès. — Mais, ainsi nous l'avons vu, ces accidents peuvent se produire, et il importe de savoir es sont les circonstances dans lesquelles ils ont lieu, afin de les éviter, et quels les moyens qu'on doit leur opposer.

Avant d'arriver au traitement mécanique, il faut s'assurer s'il existe des signes ammation un peu notables et les combattre par les émissions sanguines géné- et locales, les vésicatoires morphinés, le repos, etc. Il arrive même, dans un nombre de cas où l'inflammation est aiguë, qu'on la dissipe tout à fait, et que atrice reprend sa position normale. Nous avons montré, à notre clinique, plu- s cas de ce genre, car nous ne prétendons nullement qu'il faille toujours et blée recourir au redresseur. Les médecins qui croient qu'on peut guérir les tions par ces moyens ont eu en vue des cas de ce genre, et ont appliqué aux tions en général, ce qui ne convient qu'à ces cas particuliers.

Il faut habituer l'utérus au contact des instruments, en pratiquant plus ou s fréquemment le cathétérisme, sans craindre d'y consacrer un temps long.

Il faut *porter un diagnostic très précis*, surtout dans les cas de flexion, et cela il faut se servir de la sonde, en prenant très exactement les mesures. ement, on peut ignorer le siége de la flexion, croire même à une simple ver- ; implanter la sonde dans le coude que forme l'utérus fléchi, et même per- r l'organe. Le moindre inconvénient d'une pareille erreur serait de faire beau- souffrir la malade, sans qu'il pût en résulter le moindre profit pour elle.

° Avant d'appliquer le redresseur, on doit remettre avec soin l'utérus en place facer toute flexion. La tige du redresseur pénètre alors avec facilité, elle ne t pas arc-bouter contre la paroi utérine, et, si l'instrument est ensuite bien , elle ne risque pas d'irriter l'organe.

° On doit se rappeler la longueur qu'il faut donner à la tige et que nous avons quée plus haut. Dans les flexions, elle doit dépasser le point fléchi d'un centi- re au moins.

° Si l'utérus offre une très grande résistance au redressement ; s'il résulte de e manœuvre des tiraillements douloureux, il est plus que probable qu'il y a adhérences ou un retrait des tissus péri-utérins ; il ne faut pas insister, parce on pourrait produire des ruptures ou des éraillures, dont on comprend les con- uences. Ces cas sont ordinairement incurables.

° Il ne faut pas placer l'instrument à une époque trop voisine des règles ; l'uté-

[redacted]

rus est alors plus disposé à l'inflammation, ce qui est démontré par les inflammations spontanées qui surviennent ordinairement à cette époque. On s'exposerait davantage, en outre, à rendre les règles trop abondantes.

8° Si l'utérus paraît conserver une trop grande susceptibilité, il est bon de ne laisser d'abord l'instrument en place que pendant quelques heures. Plus tard l'habitude est prise, et l'on peut le laisser plusieurs jours.

9° Lorsque, après avoir porté l'instrument plusieurs jours sans en éprouver aucun inconvénient, les femmes se plaignent d'une gêne, d'une douleur, quelque faible qu'elle soit, il faut le retirer, sauf à le remettre ensuite. Nous avons vu des observations dans lesquelles on avait forcé les femmes à conserver l'instrument, malgré la douleur, et où l'on s'étonnait d'avoir produit une métrite. Dans d'autres cas, au contraire, on avait le tort de le retirer alors qu'elles n'en éprouvaient que du soulagement.

10° Quand les règles surviennent, il vaut mieux, retirer l'instrument malgré les faits cités où il a été conservé sans inconvénient. Cette précaution peut retarder un peu la guérison, mais elle la rend plus sûre.

11° Enfin, s'il est survenu une métrite, une inflammation péri-utérine, une métrorrhagie, il faut enlever sur-le-champ l'instrument et combattre ces accidents par les moyens indiqués.

Telles sont les *précautions générales* à prendre dans ce traitement, qui sera mieux appliqué à mesure qu'il sera mieux connu. On ne trouvera pas ces détails trop longs et l'on nous pardonnera quelques répétitions à cause de l'importance du sujet.

Le redressement de l'utérus ne doit pas alarmer un praticien prudent, et cependant, pour le rendre plus facile encore, pour faire éviter les inconvénients qui pourraient résulter de l'introduction d'une tige dans l'intérieur de la matrice, entre des mains peu expérimentées, nous l'avons simplifié : nous avons supprimé la tige et employé seulement le *redressement par la sonde combiné avec l'usage du pessaire en caoutchouc à insufflation*. Mais ce moyen n'a pu être encore appliqué qu'au renversement en arrière, et c'est pourquoi nous avons conservé les descriptions précédentes, car la tige doit être employée encore dans les renversements en avant. Aussi ne décrirons-nous le nouveau procédé qu'après avoir présenté une appréciation générale du traitement des déviations par le redressement utérin.

Appréciation générale du traitement.—Les malades étaient presque toutes depuis longues années dans un état de santé déplorable, et la plupart d'entre elles avaient été soumises à des traitements fort longs qui étaient restés infructueux, bien que dirigés par les hommes les plus habiles. C'est ainsi que nous avons cité des cas traités pendant plusieurs années par Lisfranc et par Récamier, ce dernier ayant parfaitement reconnu la nature de la maladie. D'autres avaient reçu les soins de médecins non moins habiles, et si elles n'avaient pas obtenu la guérison, c'est que l'art était impuissant. En présence de ces insuccès presque constants, beaucoup de médecins se bornent à prescrire de simples palliatifs. Quels sont les moyens qu'on avait employés ?

Traitement antérieur. On avait mis en usage les *saignées spoliatives*, les *émissions sanguines locales répétées*, les *émollients*, les *narcotiques*, les *ferrugineux*, des *injections diverses*. On avait fait garder aux malades un *repos* plus ou moins

absolu ; on leur avait fait porter des *ceintures*, Quelques-unes avaient pris des médicaments propres à combattre l'engorgement et qu'on désigne sous le nom de *fondants ;* beaucoup avaient été *cautérisées* longtemps de diverses manières. Plusieurs avaient fait usage des divers *pessaires* mentionnés plus haut.

Dans certains cas où la nature de la maladie avait été méconnue, on avait traité la dyspepsie, la gastralgie, des névralgies diverses, l'anémie ; et même la maladie prenant parfois l'aspect d'autres affections, on avait cru avoir affaire à des phthisies, des engorgements de divers organes abdominaux, des affections du cœur, contre lesquels on avait dirigé le traitement.

Nous ne disons pas, néanmoins, que ces divers traitements soient absolument restés sans résultat. A certaines époques une amélioration manifeste s'est declarée ; mais dès que les malades reprenaient leurs habitudes, les symptômes se reproduisaient. Nous avons déjà l'explication de ce fait. Les moyens indiqués s'adressaient à certains symptômes souvent très pénibles, et surtout à un certain degré d'inflammation occasionnée par les fatigues, les excès, l'appauvrissement du sang ; or, il devait nécessairement résulter de leur emploi un soulagement marqué ; mais la cause du mal persistant, ses effets se reproduisaient à la première occasion.

Les malades que nous avons eu à traiter se trouvaient donc dans les conditions les meilleures pour rendre évidents les résultats favorables et permanents que nous avons obtenus. Nous avons traité des femmes qui nous ont été confiées par des confrères, et qui, malgré leurs soins habiles, ne pouvaient même pas marcher. Après le traitement, elles ont pu reprendre leurs occupations et faire de longues courses sans inconvénient. Ces faits sont concluants ; il suffit de les mentionner.

EMPLOI DU REDRESSEMENT PAR LA SONDE ET DU PESSAIRE BALLON EN CAOUTCHOUC COMBINÉS.

Nous avons dit plus haut que, depuis quelque temps, nous avons simplifié le traitement relativement aux *renversements en arrière* (rétroversion et rétroflexion).

Quand une femme paraît bien préparée au traitement, que la cavité utérine n'a pas une sensibilité trop vive, que l'utérus se redresse assez bien, on procède comme il suit :

Introduisez la sonde utérine jusqu'au fond de la matrice, en portant la concavité et le bec de la sonde en arrière, puis ramenez le bec et la concavité en avant, et par un mouvement doux portez le corps de la matrice vers le pubis. Cela fait, placez l'index qui a servi à diriger la sonde sur la face antérieure du col, et en même temps que vous retirez l'instrument, repoussez fortement le col en arrière et en haut vers la concavité du sacrum. Prenez alors le pessaire en ballon qu'on peut appeler *redresseur extra-utérin*, introduisez-le vide, et roulé dans le cul-de-sac antérieur du vagin ; puis, *si vous avez un aide*, faites insuffler avec une poire en caoutchouc préalablement gonflée d'air. *Si vous êtes seul*, ajustez rapidement la poire à insufflation, introduisez de nouveau l'index pour tenir le col repoussé en arrière et ne lâchez qu'après avoir commencé l'insufflation, que vous continuez ensuite.

Le gonflement du redresseur extra-utérin fait éprouver aux malades un effet

désagréable qui ne tarde pas à se calmer. S'il persiste, c'est que le ballon est trop gonflé, ce qu'il faut toujours éviter. On donne alors issue à une partie de l'air emprisonné, ce qui produit immédiatement un soulagement marqué.

Dans cette situation, l'utérus, préalablement bien redressé, ne peut plus se renverser. Il faudrait, en effet, que sa partie inférieure pût se porter de nouveau vers le pubis, ce qui ne peut se faire dans le vagin distendu par le redresseur extra-utérin. Quant à sa partie supérieure, même dans les rétroflexions, elle ne peut pas se porter en arrière, la vessie ne l'atteignant que dans son extrémité qu'elle ne peut plus repousser suffisamment en se gonflant.

Les malades ont besoin de s'habituer à ce corps étranger; aussi, les premiers jours, convient-il de ne pas le laisser plus de vingt-quatre heures, et moins encore dans certains cas. Plus tard, il faut le laisser trois ou quatre jours, afin que l'utérus reste en place. Alors les malades le portent facilement. A chaque nouvelle application, il faut redresser de nouveau l'utérus avec la sonde.

Les malades apprennent bientôt à insuffler l'appareil elles-mêmes, ce qu'il faut faire deux ou trois fois par jour, l'air se perdant assez facilement dans les ballons les mieux fermés. Enfin, lorsque la matrice se maintient en place, elles peuvent enlever l'instrument pour les soins de propreté, et le replacer très bien elles-mêmes. Mais il faut pour cela que le col se maintienne en arrière; car autrement elles pourraient introduire le redresseur dans le cul-de-sac postérieur, repousser l'utérus dans sa position vicieuse.

Il n'est pas rare de voir cet appareil si simple produire un certain degré d'irritation; parfois même, à la première apparition des règles, il survient un peu de congestion utérine, tant il est vrai que tout moyen énergique a toujours quelques inconvénients; mais ces inconvénients n'ont pas d'importance réelle.

Résultat de l'emploi du redresseur extra-utérin. — Nous avons réuni neuf cas, dont sept de rétroversion et deux de rétroflexion, dans lesquels ce moyen a été employé, et nous avons déjà obtenu sept guérisons radicales. Dans un cas, un peu d'irritation utérine a fait momentanément suspendre le traitement; mais la matrice était déjà en grande partie redressée. Dans le huitième, nous avons obtenu une grande amélioration, mais des causes particulières ont également suspendu le traitement.

Pour montrer toute l'efficacité de ce traitement, nous indiquerons les conditions dans lesquelles se trouvaient deux de ces malades. L'une, affectée de rétroversion, était restée couchée pendant deux ans et demi, ne pouvant plus faire un pas san de vives douleurs, se tenant, quand elle voulait essayer, complétement courbée, e avançant avec peine un pied au-devant de l'autre. Les parties génitales étaient s douloureuses qu'il a fallu six semaines pour la préparer au traitement. Aujourd'hui elle fait de longues courses, parfaitement droite, et a pu faire de petits voyages en voiture et en chemin de fer sans aucun inconvénient. Nous ajouterons qu cette malade, qui est de la province, avait fait le voyage de Paris, qu'elle y avai été traitée pendant trois mois avec énergie et par les moyens connus, et qu'elle e était repartie absolument dans le même état. Cette malade nous a été adressée pa M. Quesnel, médecin principal de la marine à Brest.

Chez la seconde malade, la matrice, ramollie, présentait deux flexions en arrière Après trois mois de traitement, la matrice a été redressée; seulement le col s

porte encore un peu en avant, ce qui résulte de la brièveté de la paroi antérieure d
gin, disposition évidemment congénitale.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaire. Ils prouvent que par ce procéd
utérus est et reste redressé aussi bien que par le redresseur à tige intra-utérin
C'est donc un véritable progrès dans le traitement des déviations.

Malheureusement ce traitement ne peut pas s'appliquer aussi bien, à beaucou
près, aux déviations en avant (antéversion, antéflexion). Ce qui s'y oppose, c'e
que les pubis empêchent que le redressement soit aussi complet que dans les dévi
tions postérieures, d'où il résulte qu'on n'a pas en arrière une prise suffisante pou
le redresseur extra-utérin. Peut-être, plus tard, cette difficulté sera-t-elle sur
montée par une modification à la forme de cet instrument.

Moyens adjuvants.— Il suffit souvent de l'emploi du redresseur intra ou extr
utérin pour faire disparaître les symptômes de la maladie. Mais certaines malad
étant très anémiées et affaiblies, les *ferrugineux* leur ont été administrés pour hât
le rétablissement de leurs forces et pour combattre l'appauvrissement du sang
chez d'autres, la gastralgie étant intense, les *amers*, quelques *laxatifs*, les *narc
tiques* à faible dose, surtout au moment de manger, ont été prescrits. Les névra
gies trop intenses ont été combattues par les *vésicatoires volants avec ou sans mo
phine*. Enfin, chez la plupart, nous avons prescrit des *lotions d'eau froide sur to
le corps*.

On ne saurait attribuer la guérison à ces moyens; car, employés seuls, ils n'o
jamais réussi, tandis que dans plusieurs cas, ils ont été complétement négligés sa
que pour cela la guérison ait été moins prompte et moins solide.

Douches froides. — M. le docteur Fleury a employé les douches froides
pourtour du bassin, sur les lombes, etc. Ce moyen est très utile pour calmer l
douleurs, pour diminuer l'engorgement, et il a amélioré notablement l'état d
malades dans plusieurs cas; mais nous ne l'avons pas encore vu produire une gu
rison radicale.

Nous allons pouvoir tracer en peu de mots l'histoire de chacune des déviatio
en particulier.

ARTICLE II.

ANTÉVERSION.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'antéversion proprement dite est une déviation dans laquelle le corps de l'utér
est porté en avant vers le pubis sans qu'il existe aucune flexion de l'organe,
telle sorte que le col se trouve porté plus ou moins fortement en arrière et
haut. Cette maladie a reçu le nom de *pronatio uteri*. Tout porte à croire qu'elle
la plus fréquente des déviations. Ainsi, dans une première série de faits nous l'avo
rencontrée 21 fois sur 68 cas, tandis qu'il n'y avait que 11 antéflexions, 3 antéve
sions flexueuses, 10 rétroversions simples, 12 rétroflexions et 11 rétroversio
flexueuses. Dans une seconde série, nous avons trouvé, sur 49 cas, 24 antéversio
4 antéflexions, 14 rétroversions, 6 rétroflexions et 1 rétroversion flexueuse. C
chiffres ne sont pas encore suffisants, sans doute, pour assigner à chaque espèce
variété sa *fréquence proportionnelle*; mais tout porte à croire que la plus g

[redacted]

fréquence de l'antéversion est réelle. Il est probable que les auteurs qui ont avancé le contraire, ont laissé passer inaperçues des antéversions médiocrement prononcées, tandis que les autres déviations ont attiré leur attention par leur caractère plus frappant.

§ II. — Causes.

Nous allons retrouver ici les causes indiquées dans l'article précédent ; il suffira donc de voir ce qu'elles présentent de particulier dans l'antéversion.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Dans la première série, le début de l'affection, dont il faut seulement tenir compte, avait eu lieu de dix-neuf à trente-trois ans, en moyenne vingt-six ans environ. L'examen de la seconde série a confirmé ces résultats. Les cas d'antéversion *congénitale* sont beaucoup plus rares que ceux d'antéflexion ; cependant il en existe. M. Huguier en a cité un, et nous en avons observé un autre sur le cadavre d'une jeune fille morte de fièvre typhoïde (1).

La *constitution* est aussi souvent robuste que médiocre et faible. Lorsque la maladie a duré longtemps, les femmes paraissent souvent d'une faible constitution; mais c'est une constitution acquise. Quant au *tempérament*, il était lymphatique dans un tiers des cas environ, lymphatico-nerveux dans le second tiers, sanguin ou bilieux dans le troisième. Or, comme nous ne connaissons pas encore la proportion réelle des divers tempéraments, il suffit de cet énoncé.

Leucorrhée. — On a accusé la leucorrhée de produire l'antéversion. Les renseignements qu'on obtient sur ce point sont presque toujours insuffisants. Dans une très petite minorité des cas la leucorrhée a précédé la déviation ; si elle est survenue plus tard, c'est simplement comme symptôme de la maladie.

La *menstruation* s'est ordinairement bien établie, et s'il y a eu des cas de dysménorrhée à l'époque de la première apparition des règles, ils n'ont pas paru plus fréquents que chez les autres femmes. Les autres troubles de la menstruation ont presque toujours suivi l'apparition de la maladie et ont constitué un simple symptôme.

2° Causes occasionnelles.

Accouchement. — Sur 45 cas que nous avons rassemblés en réunissant les deux séries, l'accouchement a été suivi trente-cinq fois d'une manière si évidente des symptômes de la maladie, que c'est à lui qu'il faut l'attribuer. Le nombre des enfants, la difficulté de l'accouchement, sa longue durée, n'ont pas paru avoir une influence marquée sur la production de la maladie, dans la grande majorité des cas. Il est certainement très admissible que la *sortie trop hâtive du lit*, la *marche prématurée*, les *fatigues* après l'accouchement peuvent produire la déviation ; mais cela n'a eu lieu que dans une très faible minorité des cas.

Les remarques qui précèdent s'appliquent parfaitement à l'*avortement*, qui a été suivi de l'antéversion bien plus rarement que l'accouchement à terme.

(1) *Il est important* de tenir compte ici des antéflexions signalées par M. Boulard.

Dans un petit nombre de cas, on voit la déviation succéder immédiatement à de *iolents efforts*, *des chutes*, etc.

Nous avons vu dans quelques cas, une simple *inflammation* de l'utérus produire antéversion, et ce qui prouvait que c'était bien là la cause, c'est que quand la uérison de l'inflammation pouvait être complétement obtenue, la matrice repreait sa position normale.

Les recherches de MM. Kiwisch (1), Rokitansky, Virchow, etc., ont fait voir que es *adhérences* retenaient dans certains cas l'utérus dans sa position vicieuse; mais ous ne croyons pas que ces adhérences aient été, dans la plupart des cas, la cause e la déviation; nous croyons plutôt que la déviation s'étant d'abord produite, inflammation du péritoine a déterminé des adhérences qui ont empêché l'utérus e se relever. La matrice pouvant, dans la très grande majorité des cas, être reevée sur le vivant, sans aucun tiraillement et sans aucune résistance, il en résulte, insi que l'a déjà fait remarquer M. Mayer, que les adhérences sont en réalité eaucoup moins grandes que ne le pensent les auteurs qui n'ont fait que des recherches cadavériques.

Quant aux autres causes, telles que l'*engorgement de la paroi antérieure de l'utérus*, *l'augmentation de volume des organes abdominaux*, le *cancer*, leur inluence est douteuse. Dans un seul cas, cité par madame Lachapelle, l'*adhérence lu col à la paroi postérieure du vagin* a été constatée.

Parfois, enfin, *on ne découvre aucune cause évidente;* il est probable que dans plusieurs des cas où il en est ainsi la déviation est congénitale.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de cette affection sont nombreux. Ils existaient presque tous dans les divers cas soumis à notre observation; mais ils étaient variables quant à leur intensité.

Début. — Le début de la maladie n'est brusque ou rapide que dans les cas de grands efforts, de secousses, de chutes. En pareil cas, les symptômes sont rapidement portés à un haut degré d'intensité, et il est arrivé quelquefois que les malades ont senti au moment même où la cause a agi, une douleur, une sensation particulière, une espèce de craquement, un tiraillement qui a été le signal de la maladie.

Dans les autres cas, les symptômes se sont produits lentement. C'était d'abord de la douleur dans les aines et les cuisses, puis de la fatigue pendant la marche, qui devenait ensuite difficile; enfin la miction fréquente, la leucorrhée, les troubles des fonctions digestives, etc. La maladie était alors confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. — Dans un seul cas il y avait absence de *douleur;* mais la malade ressentait en urinant une sensation particulière et très désagréable, ce qui rattachait ce fait à la règle générale.

Presque toujours la *douleur spontanée* a son siége dans les deux aines. Parfois elle n'existe que d'un seul côté ou à l'hypogastre. Elle est, en général, plus vive d'un côté vers lequel s'incline l'utérus. Cette douleur s'irradie ordinairement dans

(1) *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes.* Prag, 1851.

§ II. — Causes.

Sous le rapport des causes, il n'y a rien qui appartienne en propre à la rétroversion. On peut lui appliquer ce que nous avons dit de l'antéversion. M. Simpson a, il est vrai, insisté beaucoup sur la constipation comme cause occasionnelle; mais les observations démontrent que le plus souvent la constipation est survenue après l'apparition de la maladie.

Ayant observé cinq cas sur vingt-quatre dans lesquels la maladie étant survenue soit chez des vierges, soit chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants et très peu de temps après les premiers rapprochements sexuels, nous avons été porté à regarder le déplacement comme *congénital.*

§ III. — Symptômes.

La *douleur* qui se manifeste spontanément dans tous les cas n'a présenté rien de particulier, si ce n'est qu'elle *occupe constamment les lombes*, ce qui n'a pas toujours lieu dans l'antéversion, et que parfois elle a son *siége dans la région sacrée* elle-même. Sous tous les autres rapports (points névralgiques, douleurs des cuisses, du thorax, etc.), il n'y a pas de différence.

La *constipation* est constante, ce qui est loin d'exister dans les renversements en avant. Elle s'explique par la compression que le corps de la matrice exerce sur le rectum. Dans quelques cas, elle alterne avec du *dévoiement* et le rejet de *mucosités* plus ou moins abondantes. Quelquefois, enfin, il y a par moments des *douleurs expulsives* dans le rectum sans aucun résultat. L'utérus, en même temps qu'il excite le rectum par sa présence, joue alors le rôle de soupape.

Le *volume de l'utérus* est presque toujours augmenté. L'organe est *lourd*, parfois douloureux à la face postérieure du corps. La paroi postérieure a souvent une épaisseur plus grande qu'à l'état sain, ce que l'on reconnaît par le moyen de la sonde, comme on le verra tout à l'heure.

Examen de l'utérus. — A l'aide du *spéculum*, on constate ce qui suit : le col se présente par sa face postérieure ; on voit en haut son orifice, et à peine distingue-t-on une petite partie de sa lèvre antérieure. *Pour saisir le col*, il faut diriger fortement l'extrémité de l'instrument en haut et en avant.

Par le *toucher vaginal*, on reconnaît que l'utérus est situé plus bas qu'à l'état normal. On sent l'orifice externe en avant contre la paroi du vagin et le bas-fond de la vessie. Plus haut, en avant, on ne sent pas le corps, on trouve comme un grand vide où n'existe que la résistance molle de la masse intestinale. Si l'on porte le doigt le long de la face inférieure et en arrière, on peut parcourir presque toute l'étendue de l'utérus, dont on suit le corps dans la concavité du sacrum. Quand il n'y a qu'une simple obliquité, on sent que le corps se porte vers l'angle sacro-vertébral; il fait directement suite au col.

Le *toucher rectal* n'est nullement indispensable. Quand on le pratique, on sent le corps globuleux qui déprime la paroi antérieure du rectum.

Cathétérisme utérin. — Il faut d'abord, avec le bec de la sonde et en dirigeant sa concavité en arrière, aller chercher l'orifice externe. L'instrument est immédiatement arrêté parce qu'il vient heurter contre la paroi antérieure du col. On porte

[redacted]

Cathétérisme utérin. — Ce moyen est indispensable pour connaître la profondeur de l'organe, sa sensibilité, la facilité avec laquelle on peut le relever. Voici dans cette manœuvre ce qui s'applique plus particulièrement à l'antéversion.

Portez profondément en arrière l'indicateur de la main gauche, cherchez l'orifice externe, ramenez un peu l'utérus en avant, faites pénétrer le cathéter dans le col; puis, sans brusquerie, sans employer de violence, abaissez le manche vers le périnée en poussant doucement le bec de la sonde en haut et en avant. Si le doigt n'a pas pu pénétrer jusqu'à l'orifice du col, ce qui arrive quelquefois chez les femmes chargées d'embonpoint et à bassin large, on se sert du bec de la sonde comme d'un crochet mousse pour attirer le col.

Ce cathétérisme est ordinairement très facile. La seule disposition qui puisse y mettre obstacle est la coarctation de l'orifice interne. En pareil cas, il ne faut rien brusquer, et l'on doit employer une sonde utérine plus fine; plus tard, l'orifice dilaté permet l'introduction de la sonde ordinaire. La même remarque s'applique aux coarctations accidentelles.

Si l'utérus est exempt d'adhérences, on le ramène promptement et facilement à sa position normale, mais il retombe presque immédiatement après. Pour s'assurer donc que tous les tissus sont souples autour de lui, il faut se hâter de les explorer dès qu'on a retiré la sonde.

Cette exploration est ordinairement peu douloureuse.

Si maintenant nous examinons les autres symptômes présentés par les malades, nous trouvons que presque constamment la *marche* est gênée à des degrés variables. Les cas excessivement rares où il en est autrement, lorsque les femmes se présentent à l'observation, doivent être regardés comme des exceptions.

Les malades éprouvent parfois des *douleurs hors du bassin*, ce sont des *névralgies intercostales*, *lombo-abdominales*, des douleurs de *rhumatisme musculaire*, etc.

Les *forces* sont généralement abattues. Les malades se fatiguent avec une grande facilité. Elles sont en général un peu *pâles*, légèrement *amaigries*. Leur *appétit* est diminué ou capricieux; leurs *digestions* sont lentes, difficiles, accompagnées souvent de gonflement épigastrique et de douleurs plus ou moins vives (gastralgie).

Nous avons noté souvent l'*hystéricisme* consistant dans une oppression sterno-laryngée et des envies de pleurer. Trois fois seulement sur 45 cas, il y avait de véritables *attaques d'hystérie convulsive*.

Conséquences de la déviation. — Avortement. — Rarement l'avortement survient chez les femmes affectées d'antéversion. Nous ne l'avons noté que quatre fois sur 45 cas. Ce nombre ne paraît pas beaucoup plus grand que celui qu'on observe dans les circonstances ordinaires.

Difficulté de l'accouchement. — Il résulte des recherches de M. Dezanneau (1) que si l'antéversion existe chez des femmes qui ont déjà eu des enfants et dont les parois abdominales sont flasques, la matrice peut ne pas se relever; alors elle se porte par son fond au-devant du pubis, le col reste en arrière et en haut, et au moment de l'accouchement les contractions poussent le fœtus vers le sacrum. Nous avons vu un cas où les choses menaçaient de se passer ainsi, si nous n'y avions pas,

(1) *De l'obliquité antérieure de la matrice.* Paris, 1835.

un autre moyen, et mis en usage le *cathétérisme*, le *redressement momentané* et le *pessaire de caoutchouc* combinés.

Ce dernier moyen, décrit précédemment, a été appliqué à sept cas que nous avons sous les yeux. Dans six la guérison est complète, le septième est encore en traitement, et il y a déjà une amélioration évidente. La durée du traitement a été de trois semaines à trois mois et demi. Cette dernière durée est exceptionnelle. La guérison est encore récente, mais chez toutes l'utérus est si bien replacé, qu'il est plus que probable qu'elle sera permanente. Nous croyons donc que ce dernier mode de traitement, qui est facile et aussi efficace que le premier, doit être définitivement adopté.

En somme, sur 24 rétroversions, 21 ont été guéries par l'un ou par l'autre moyen, ce qui est un résultat des plus satisfaisants.

ARTICLE VI.

RÉTROFLEXION.

La rétroflexion nous offrira, à propos du diagnostic, quelques particularités très importantes, sur lesquelles nous appelons l'attention du lecteur.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *rétroflexion* est une déviation dans laquelle le corps de l'utérus se porte en arrière et plus ou moins bas, tandis que le col reste dans sa direction normale, ou seulement se porte dans la direction de l'axe du vagin, ou enfin se porte en arrière. Quelle que soit la direction précise de ces deux parties de l'organe, il en résulte toujours un angle à sinus postérieur et ordinairement inférieur.

Formes. — Nous avons reconnu *trois formes* principales dans la rétroflexion.

A. Première forme. — Le col n'est pas dévié de sa direction normale; le corps de l'utérus s'est seulement replié de manière que son fond vienne faire saillie un peu au-dessus, et en arrière du col.

B. Deuxième forme. — C'est la plus commune. Le col est porté en avant vers le bas-fond de la vessie; le corps est tombé en arrière, où il forme une tumeur globuleuse qui descend quelquefois aussi bas que le col.

C. Troisième forme. — C'est la plus rare et la plus difficile à reconnaître. Le col est porté en arrière comme dans l'antéversion, et le corps repose sur lui, de telle sorte que l'organe est complétement plié. Cette forme correspond à la seconde forme d'antéflexion décrite dans un des articles précédents.

La rétroflexion s'est montrée moins fréquente que la rétroversion simple. Dans la pratique on la trouve, du moins si l'on s'en rapporte aux faits observés jusqu'à présent, à peu près aussi souvent que l'antéflexion, ce qui est dû sans doute à ce qu'elle donne lieu plus constamment à des symptômes, car nous avons vu que sur le cadavre, l'antéflexion se rencontre bien plus souvent.

§ II. — Causes.

Sous le rapport des causes, nous ne trouvons encore rien qui appartienne en *propre à la* rétroflexion. C'est surtout à propos de cette déviation que M. Simpson

Quant aux *adhérences*, la résistance et la douleur en indiquent l'existence lorsqu'on veut redresser l'utérus. Et pour l'*engorgement*, les *granulations*, les *excoriations*, la *métrite*, les moyens ordinaires d'exploration suffisent.

Pronostic. — Il résulte des faits, que les déviations en avant guérissent moin facilement que les autres. Sous ce rapport, l'antéversion ne présente rien de particulier. Lorsqu'il y a des adhérences péritonéales, l'affection doit être regardé comme incurable, car l'emploi de tout moyen mécanique serait imprudent.

§ VII. — Traitement.

Les divers traitements mis en usage avant l'emploi du redresseur intra-utéri ont été suffisamment exposés dans l'article consacré aux déviations en général puisqu'ils ne présentent rien qui s'applique particulièrement à l'antéversion.

Cathétérisme utérin. — Il convient toujours de pratiquer le cathétérisme utéri pendant un certain temps, afin de voir comment l'introduction d'une tige dan l'utérus est supportée. Dans 2 cas seulement sur 45, ce redressement a suffi pou amener la guérison. Il faut l'employer pendant un temps qui varie beaucoup, suivant la susceptibilité de l'organe. Quelquefois il suffit de trois ou quatre fois, pou que tout soit bien préparé. Quelquefois il a fallu vingt séances et plus.

Pour redresser la matrice après l'introduction de la sonde, il suffit de ramene le manche en avant.

Redresseur utérin. — C'est aujourd'hui le redresseur à flexion articulée, ave disque en caoutchouc, que nous employons. La longueur de la tige ne doit pa dépasser 5 centimètres et demi, quelquefois 4 centimètres et demi suffisent. Le cordons de la ceinture doivent être un peu serrés, afin que la partie supérieure d plastron étant appliquée contre la paroi abdominale, la partie inférieure de la tig intra-utérine soit portée en avant et entraîne le col avec elle. Les sous-cuisses doivent être simplement attachés aux cordons de la ceinture.

Chez les femmes qui ont eu antérieurement des inflammations ou dont l'utéru est très sensible, il convient de ne laisser d'abord l'instrument en place qu'un demi-journée. Quand l'utérus est habitué à son contact, on agit comme nous l'avons dit dans l'*article des déviations* en général. C'est également à cet article qu nous renvoyons pour toutes les autres parties du traitement qui ne doivent subi aucune modification quand il s'agit de l'antéversion.

Voici maintenant les résultats obtenus : sur 45 cas, 6 sont encore en traitement. Restent 39 dont 22 ont été guéries, 8 ont été améliorées ; 3 ont eu des rechutes occasionnées par des efforts, la fatigue, etc. ; 6 dont 2 ont eu une inflammation utérine ou péri-utérine, n'ont obtenu aucun bon effet de ce traitement.

Nous verrons dans les articles consacrés aux déviations en arrière que les résultats ont été meilleurs ; mais ceux-ci n'en sont pas moins d'une très grande importance, puisqu'il s'agit d'une maladie regardée comme incurable par la plupart des médecins.

ARTICLE III.

ANTÉFLEXION.

L'antéflexion se rencontre moins fréquemment sur le vivant que l'antéversion; et cependant on la trouve plus fréquemment sur le cadavre, comme il résulte des recherches de MM. Rokitansky, Virchow et Boulard (1). Ce fait paraît d'abord étrange, mais les faits observés par M. Boulard en donnent une explication des plus satisfaisantes. Il a, en effet, démontré que le plus grand nombre des antéflexions sont congénitales. Or, on comprend très bien : 1° qu'avant l'action d'une cause occasionnelle ces déviations peuvent exister sans donner lieu à aucun symptôme; 2° que si une grossesse a lieu, l'utérus peut se redresser ou se présenter seulement en antéversion. Pour le praticien, d'ailleurs, c'est ce qu'on peut constater pendant la vie qui a de l'importance, et ce sont des cas de ce genre dont nous allons nous occuper.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il y a antéflexion lorsque le corps de l'utérus est couché en avant vers le pubis, tandis que le col conserve sa direction ou se porte lui-même en avant. Dans les deux cas, la *matrice est pliée*, mais elle l'est beaucoup plus dans le dernier.

§ II. — Causes.

Sous quelques rapports, les causes de la maladie présentent des particularités propres à l'antéflexion ; ce sont les seuls points que nous allons examiner.

1° Causes prédisposantes.

L'âge a varié de seize à trente ans, dans la première série de nos observations ; la moyenne était vingt et un ans moins une fraction. Dans la seconde série, les résultats sont, à très peu près, les mêmes. Nous voyons donc que l'âge au début est notablement moindre que dans l'antéversion : premier fait qui vient à l'appui des recherches de M. Boulard, puisqu'une disposition congénitale a mis l'utérus dans une condition telle qu'il a dû être influencé par les premières causes occasionnelles.

Sous tous les autres rapports, les causes prédisposantes ne différaient pas de celles de l'antéversion.

2° Causes occasionnelles.

Comme dans l'antéversion, nous avons noté quelquefois des *efforts violents*, des *chutes*, etc.

Sur 15 cas, quatre fois les symptômes de la maladie se sont manifestés *très peu de temps après les premiers rapprochements sexuels.* N'y a-t-il pas là une nouvelle preuve de la disposition congénitale vicieuse dans un certain nombre de cas,

(1) *Quelques mots sur l'utérus*, thèse. Paris, 1853.

osition qui n'a commencé à produire des symptômes qu'après les premières tations. Deux fois l'*inflammation* a produit le même résultat.

es faits sont plus significatifs encore si on les rapproche de cette circonstance arquable, que sur quinze malades trois étaient *vierges*, et cinq autres étaient iles. Cette proportion est si considérable, qu'on ne saurait la regarder comme effet du hasard.

rès souvent l'antéflexion est *congénitale*. Cependant il est des cas où, comme nédecin le reconnaît lui-même, l'antéflexion est *acquise*. Dans ces cas, les ses ne diffèrent pas de celles de l'antéversion. Nous verrons plus loin comment Virchow explique le *mécanisme* suivant lequel se produit l'antéflexion.

§ III. — Symptômes.

e début a été en général plus rapide que dans l'antéversion, ce qui ne s'expli- encore que par la disposition de l'utérus, qui présentait souvent une flexion te formée.

ymptômes de la maladie confirmée. — Chez toutes les femmes il existait de *louleur* spontanée et provoquée ; mais c'était particulièrement au moment des les, et parfois la *dysménorrhée* était des plus considérables. Sous ce rapport, itéflexion l'emporte de beaucoup sur l'antéversion, parce que, sans aucun doute, lexion, en effaçant le canal utérin, empêche la sortie du sang.

Examen au spéculum. — Le col se présente presque toujours dans le champ du culum. Rarement il est volumineux. Le plus souvent il est long, mince et ntu, circonstance non moins remarquable que les précédentes, et qui parle en- e en faveur de l'antéflexion congénitale dans un bon nombre de cas.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal donne des résultats différents, suivant cas, car l'antéflexion se divise en deux formes distinctes.

1. *Première forme.* — Le col est peu ou point dévié, et le col est couché en nt comme dans l'antéversion. En pareil cas, la flexion a lieu à une hauteur de 2 à entimètres environ au-dessus de l'orifice externe.

Par le toucher vaginal, on trouve d'abord le col dans sa direction normale ou un ramené en avant, puis un angle peu aigu ; puis le corps horizontalement cou- et dont on peut suivre toute la face antérieure.

Deuxième forme.—Le col est dirigé en avant, et le corps, affaissé sur lui, re- sur sa partie antérieure devenue supérieure. L'utérus est complétement plié leux.

ar le toucher vaginal, on arrive directement sur la face postérieure du col, puis amenant le doigt en avant, on trouve l'orifice externe, et en suivant sa face rieure, on arrive dans un angle très aigu et profond, au-dessus duquel on ve le fond de l'utérus formant une espèce de tumeur globuleuse.

e toucher rectal n'est pas nécessaire. Si on le pratique on sent que le corps de rus ne fait pas suite au col vers la concavité du sacrum.

i l'on combine le toucher vaginal avec le palper hypogastrique, on reconnaît le corps de l'utérus ne peut pas être aussi facilement saisi que quand il con- e sa direction normale.

athétérisme utérin. — L'emploi de la sonde est très utile dans l'antéflexion.

Il sert, en effet, à reconnaître la profondeur de la flexion, ce qui est très impor[tant] pour le traitement.

Première forme. — La sonde introduite d'abord, comme si l'utérus n'était p[as] dévié, s'arrête à une profondeur de 2 centimètres à 3 centimètres et demi. Il f[aut] noter cette profondeur, puis abaisser beaucoup le manche vers le périnée; par [ce] mouvement on la fait pénétrer facilement dans la cavité du corps.

Deuxième forme. — Il faut aller chercher l'orifice en haut et en avant; fai[re] pénétrer la sonde en dirigeant son bec en arrière et en bas, ainsi que sa concavi[té]. Elle est arrêtée dans ce mouvement à une profondeur de 3 à 4 centimètres. Al[ors] on lui fait exécuter un mouvement circulaire qui ramène le bec et la concavité e[n] avant, et l'on pénètre comme dans le cas précédent.

Ce cathétérisme est, comme on le voit, plus difficile que celui de l'antéversion. Dans les premiers temps, nous avons souvent échoué, parce que cette manœuvre, dont nous n'avons pas encore compris l'utilité, ne nous était pas familière.

Les *autres symptômes* ne diffèrent pas de ceux de l'antéversion, si ce n'est qu[e] la *fréquence de la miction* s'observe bien plus rarement, parce que le corps p[èse] moins, surtout dans la deuxième forme, sur la paroi postérieure de la vessie.

C'est surtout dans l'antéversion que Kiwisch et M. Virchow ont observé la *r[é]tention du mucus*. Le premier même a vu cette déviation être la cause d'une véri[table] *hydrométrie*.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie ne nous présente pas d'autre particularité que la rapidité de son début plus grande que dans l'antéversion, la constance plus grande des symptômes, et les exacerbations plus fréquentes et généralement plus violentes aux époques menstruelles. La *durée* et la *terminaison* ne nous offrent aucune considération propre à l'antéflexion.

§ V. — Lésions anatomiques.

Suivant qu'il existe une des deux formes précédemment décrites, l'utérus s[e] présente dans des conditions différentes. *Dans la première*, il n'y a pas d'atrophi[e] de la paroi antérieure; l'utérus est généralement engorgé et ferme. *Dans la seconde*, il existe souvent une disposition signalée par M. Depaul, dont nous avon[s] fait voir un exemple remarquable à notre clinique (1), et que M. Virchow a trè[s] bien décrite. La matrice est pliée en deux; si on la redresse, le corps de l'utéru[s] retombe immédiatement après sur le col. Au point de flexion, la paroi antérieur[e] est très molle et amincie. Cette atrophie a été souvent portée au plus haut poin[t] dans les cas observés par M. Virchow (2). Cet habile anatomo-pathologiste a indiqué d'une manière précise le point où siége la flexion. C'est au-dessous du point o[ù] le péritoine se réfléchit dans l'excavation utéro-vaginale, et dans un espace compri[s] entre le cul-de-sac péritonéal et le cul-de-sac vaginal. Cet espace, indiqué déjà pa[r] Lisfranc, a été parfaitement décrit dans les ouvrages de MM. Sédillot et Malgaigne.

(1) Voy. *Leçons cliniques*, p. 93, obs. VIII.
(2) *Verhandl. der Gesellschaft für Geburtshülfe*, in Berlin, 1851.

et M. Jobert l'a signalé avec soin, comme permettant de porter le bistouri au-dessus du cul-de-sac vaginal, sans intéresser le péritoine, dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Il y a donc là un point dans lequel il n'existe que du tissu cellulaire serré du côté du col, plus lâche vers le corps. C'est là, à la partie correspondante de l'orifice interne, que se fait la flexion.

Suivant M. Virchow, il faut, pour que l'antéflexion se forme, que le fond de l'utérus soit rendu moins mobile par la disposition des ligaments ou par des adhérences. Quant au col, le tissu cellulaire serré qui l'unit à la vessie le fixe naturellement. Quand, les choses étant en cet état, la vessie se dilate, le corps et le col ne peuvent pas céder puisqu'ils sont fixés. C'est la partie la plus mince, c'est-à-dire celle où passe la ligne de démarcation entre le col et le corps, qui se laisse repousser, et de là l'antéflexion. Cette théorie ne peut s'appliquer qu'à la seconde forme; mais même, en pareil cas, elle ne paraît pas complétement admissible, car, ainsi que l'a fait remarquer M. Mayer, on peut guérir de semblables antéflexions, ce qui n'aurait pas lieu si la cause incessante signalée par M. Virchow était bien réelle. D'un autre côté, M. Boulard a constaté dans un bon nombre de cas que l'antéflexion n'est autre chose que la persistance ou l'exagération de la forme naturelle de l'utérus chez le fœtus.

Des adhérences dans un certain nombre de cas, le rétrécissement de l'orifice interne; la coarctation d'une autre partie du col, telles sont les autres lésions anatomiques qu'il importe de mentionner.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La direction normale du corps ou sa propulsion en avant, l'angle qui existe vers la jonction du col et du corps ou au-dessous, le corps de l'utérus transversal comme dans l'antéversion (1re forme), ou globuleux et retombant sur le col (2e forme), servent à faire distinguer cette déviation.

Cependant il est des cas rares où une *tumeur quelconque*, développée au devant de l'utérus, peut en imposer pour le corps replié. C'est ce que nous avons vu dans deux cas. Nous avons observé le premier à l'hôpital Sainte-Marguerite. Il y avait un *cancer de la vessie*, faisant saillie à la partie supérieure du vagin et donnant lieu à des symptômes de déviation (miction fréquente et douloureuse, douleurs, etc.). En pareil cas, le cathétérisme uterin fait voir que la direction de l'utérus n'est pas changée, et que la tumeur reste immobile lorsqu'on imprime des mouvements à cet organe, et, d'un autre côté, le cathétérisme vaginal fait reconnaître les lésions de la vessie et les altérations de l'urine.

Dans le second cas il y avait au devant de l'utérus une tumeur fournie par le *développement de l'ovaire*, qui ressemblait également au corps de la matrice. Ici le cathétérisme utérin est suffisant. Il montre que la matrice est seulement repoussée en arrière, puisque la sonde pénètre directement et que la tumeur est immobile. Le prolongement de cette tumeur vers la fosse iliaque est reconnu à l'aide du toucher vaginal et du palper hypogastrique combinés.

Un point très important de diagnostic consiste dans la détermination de la profondeur du point précis où existe la flexion. En admettant même, ce qui n'est pas qu'elle occupât toujours *le siége que lui a assigné* M. Virchow, le col peut êt

plus ou moins long, ce qui rend le point de la flexion plus ou moins éloigné de
orifice externe.

En pareil cas, il ne faut pas oublier le précepte général d'*introduire la so*
comme si elle devait pénétrer directement. Après un certain trajet, elle est arr
par la flexion ; on la retire et l'on note avec soin à combien de millimètres elle
pénétré ; puis renouvelant la manœuvre, on abaisse le manche de l'instrument,
s'il pénètre sans difficulté autre que celle que lui oppose l'orifice interne, on co
naît le point principal de la flexion.

Quant aux adhérences, à la rigidité des tissus, aux complications, elles se reco
naissent comme dans les autres déviations.

§ VII. — Traitement.

Le *cathétérisme utérin* produit une amélioration plus ou moins notable;
il n'a suffi pour procurer la guérison que dans un seul cas.

Par le *redresseur utérin*, M. Simpson et Mayer ont obtenu des guérisons
rables. Pour nous, les résultats ont été très différents dans les deux séries de
que nous avons traités. Dans la première, la guérison a été obtenue dix fois
onze, et dans la seconde, une fois seulement sur quatre. Cette différence ne
s'expliquer que par la nature des déviations qui étaient certainement congéni
dans les quatre cas de la seconde série. De ces malades, en effet, trois étaient vierg
et la quatrième avait vu survenir les symptômes de sa maladie quelques jours ap
le mariage. Trois seulement ont été traitées, parce que la quatrième était tellem
contrefaite (déviation extrême de la colonne vertébrale), que nous n'avons pas cru
prudent d'appliquer le redresseur, la cavité abdominale étant trop rétrécie pour
permettre le développement normal des organes.

Il est important : 1° que la tige du redresseur *dépasse la flexion d'un centi*
mètre et demi environ ; 2° que *l'utérus ait été redressé* par la sonde avant l'in
troduction.

Dans cette déviation, il faut enlever le redresseur dès que la malade se plain
car on peut craindre que la paroi postérieure du corps n'appuie sur l'extrémité
la tige intra-utérine.

Si l'on ne dépassait pas la flexion, on courrait risque d'implanter la tige dans
coude qu'elle forme.

L'antéflexion nous paraissait plus facile à guérir que l'antéversion, nous fond
sur le plus grand nombre de guérisons et sur la plus courte durée du traiteme
Cette proposition n'est exacte que relativement aux antéflexions acquises.

Nous n'avons rien à ajouter sur les *autres traitements proposés* et sur les *moy*
accessoires ; car nous n'aurions rien à dire qui s'appliquât spécialement à l'an
flexion.

ARTICLE IV.

ANTÉVERSION FLEXUEUSE (VARIÉTÉ).

Définition. — Dans les déviations que nous réunissons sous ce titre, l'axe
l'utérus, considéré d'une manière générale, se trouve dévié complétement com
dans l'antéversion, mais l'organe présente, en outre, *une ou plusieurs flexuosi*

n'y a pas, comme dans l'antéversion, deux axes, un pour le corps, le col, venant se réunir à angle aigu, mais un seul axe représenté, ligne courbe, soit par une ligne onduleuse ou brisée.
:as d'antéversion avec flexion, nous avons trouvé *trois variétés* dif-

variété. — Dans la plus simple, l'utérus était absolument situé comme rsion; seulement la face antérieure, au lieu d'être complétement horinait une courbe à concavité inférieure. C'est la flexion en arc de

variété. — Dans une autre, l'utérus, très engorgé, se trouvait for- courbe par sa face antérieure, mais, en outre, le col était un peu ère, et il y existait une légère flexion.
variété. — Enfin, dans le cas le plus compliqué, il existait deux essives.
r le toucher, reconnaître autant que possible les flexuosités, puis avec *vre sans violence les sinuosités* qu'elles forment.
les autres rapports, on peut appliquer à l'antéversion flexueuse ce que lit de l'antéversion. Dans un cas, le résultat du *traitement* a été des uables, car Récamier et d'autres médecins avaient auparavant prescrit ens usités sans obtenir autre chose que des améliorations passagères. parfaitement guéri, et son mari, qui est médecin, nous a adressé une a maladie, qui prouve combien elle était rebelle. Après un an et demi, ie s'est pas démentie.

ARTICLE V.

RÉTROVERSION.

ous qu'il faut faire pour les déviations en arrière comme pour les dévant, c'est-à-dire décrire d'abord la rétroversion simple, puis la rétro- n'est pas l'avis de M. Simpson, qui se fonde sur ce que les deux af- nent lieu à des symptômes semblables et doivent être traitées de la ère. Mais si les symptômes sont semblables, ils ont une intensité variatre, les procédés d'exploration pour arriver au diagnostic présentent férences importantes; et enfin, si le traitement est le même, il y a dans le le diriger, et dans la plus ou moins grande promptitude de ses réparticularités qui méritent d'être connues.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

ersion est une espèce de déviation dans laquelle la matrice est plus ou rsée en arrière, de telle sorte que le col se porte vers le pubis, et le concavité du sacrum. Elle est simple quand il n'y a pas de flexuosité l'axe de l'organe. On a donné à cette affection les noms de *renversement supinatio, reclinatio uteri.* Elle est moins fréquente que l'antéversion; herches sur ce point doivent être multipliées.



§ II. — Causes.

Sous le rapport des causes, il n'y a rien qui appartienne en propre à la rétroversion. On peut lui appliquer ce que nous avons dit de l'antéversion. M. Simpson a, il est vrai, insisté beaucoup sur la constipation comme cause occasionnelle ; mais les observations démontrent que le plus souvent la constipation est survenue après l'apparition de la maladie.

Ayant observé cinq cas sur vingt-quatre dans lesquels la maladie étant survenue soit chez des vierges, soit chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants et très peu de temps après les premiers rapprochements sexuels, nous avons été porté à regarder le déplacement comme *congénital.*

§ III. — Symptômes.

La *douleur* qui se manifeste spontanément dans tous les cas n'a présenté rien de particulier, si ce n'est qu'elle *occupe constamment les lombes*, ce qui n'a pas toujours lieu dans l'antéversion, et que parfois elle a son *siége dans la région sacrée* elle-même. Sous-tous les autres rapports (points névralgiques, douleurs des cuisses, du thorax, etc.), il n'y a pas de différence.

La *constipation* est constante, ce qui est loin d'exister dans les renversements en avant. Elle s'explique par la compression que le corps de la matrice exerce sur le rectum. Dans quelques cas, elle alterne avec du *dévoiement* et le rejet de *mucosités* plus ou moins abondantes. Quelquefois, enfin, il y a par moments des *douleurs expulsives* dans le rectum sans aucun résultat. L'utérus, en même temps qu'il excite le rectum par sa présence, joue alors le rôle de soupape.

Le *volume de l'utérus* est presque toujours augmenté. L'organe est *lourd*, parfois douloureux à la face postérieure du corps. La paroi postérieure a souvent une épaisseur plus grande qu'à l'état sain, ce que l'on reconnaît par le moyen de la sonde, comme on le verra tout à l'heure.

Examen de l'utérus. — A l'aide du *spéculum*, on constate ce qui suit : le col se présente par sa face postérieure ; on voit en haut son orifice, et à peine distingue-t-on une petite partie de sa lèvre antérieure. *Pour saisir le col*, il faut diriger fortement l'extrémité de l'instrument en haut et en avant.

Par le *toucher vaginal*, on reconnaît que l'utérus est situé plus bas qu'à l'état normal. On sent l'orifice externe en avant contre la paroi du vagin et le bas-fond de la vessie. Plus haut, en avant, on ne sent pas le corps, on trouve comme un grand vide où n'existe que la résistance molle de la masse intestinale. Si l'on porte le doigt le long de la face inférieure et en arrière, on peut parcourir presque toute l'étendue de l'utérus, dont on suit le corps dans la concavité du sacrum. Quand il n'y a qu'une simple obliquité, on sent que le corps se porte vers l'angle sacro-vertébral ; il fait directement suite au col.

Le *toucher rectal* n'est nullement indispensable. Quand on le pratique, on sent le corps globuleux qui déprime la paroi antérieure du rectum.

Cathétérisme utérin. — Il faut d'abord, avec le bec de la sonde et en dirigeant sa concavité en arrière, aller chercher l'orifice externe. L'instrument est immédiatement arrêté parce qu'il vient heurter contre la paroi antérieure du col. On porte

alors fortement le manche de la sonde en haut, en poussant doucement en arrière et on le fait pénétrer ainsi jusqu'au fond de l'utérus. Ordinairement il est facile d relever l'organe en tournant en avant la concavité de la sonde et en abaissant so manche vers le périnée. Quelquefois on éprouve une *résistance;* si elle est trè forte, il ne faut pas insister : il y a des *adhérences* qu'on pourrait rompre ; si ell est faible, c'est une simple *rétraction des tissus* qui cède quand on relève lente ment l'utérus.

Les autres signes ou symptômes ne nous offrent rien qui soit particulièremen applicable à la rétroversion.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Tout ce qui a été dit des autres déviations s'applique à celle dont nous nou occupons.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il n'y a rien non plus à ajouter à ce que nous avons dit des lésions anatomiqu dans les généralités.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la rétroversion ne présente réellement aucune difficulté. L situation du col en avant, la continuation en ligne directe du corps vers la conca vité du sacrum, suffisent déjà. Il ne peut plus rester le moindre doute lorsqu'on introduit la sonde et qu'ayant relevé l'utérus, on ne sent plus son corps dans cett concavité.

On a vu plus haut comment on diagnostiquait les *adhérences.* Quelquefois paroi postérieure du corps est hypertrophiée ; on constate le fait en la touchan avec l'extrémité du doigt lorsque la sonde est introduite. On sent, en effet, un très grande épaisseur de tissu qui sépare le doigt de la sonde.

Pronostic. — Presque toutes les malades soumises à l'emploi du redresseu intra ou extra-utérin ont guéri. Il arrive cependant quelquefois que les douleu ou des envies d'uriner persistent après le traitement ; mais ces cas sont exceptior nels. Toutes choses égales d'ailleurs, la rétroversion est moins sujette aux rechut que les autres déviations. Sans l'emploi du traitement principal, cette affection n aucune tendance à la guérison radicale.

§ VII. — Traitement.

Sur 24 cas, 17 ont été traités par le *redresseur intra-utérin ;* 15 ont été com plétement guéris, dont 2 qui étaient encore en traitement quand nous avons fa l'histoire de notre première série de faits. Une a renoncé au traitement avant qu ait eu le temps d'agir ; une dernière a vu ses douleurs persister après le redress ment. Elle avait présenté des symptômes de syphilis constitutionnelle ; mais le tra tement antisyphilitique ne l'a pas débarrassée de ses douleurs.

Ce résultat est assurément des plus satisfaisants ; mais l'introduction d'une tig dans l'utérus étant difficile pour beaucoup de médecins, et pouvant occasionn quelques accidents dont on a beaucoup exagéré l'importance, nous avons cherc

un autre moyen, et mis en usage le *cathétérisme*, le *redressement momentané* et le *pessaire de caoutchouc* combinés.

Ce dernier moyen, décrit précédemment, a été appliqué à sept cas que nous avons sous les yeux. Dans six la guérison est complète, le septième est encore en traitement, et il y a déjà une amélioration évidente. La durée du traitement a été de trois semaines à trois mois et demi. Cette dernière durée est exceptionnelle. La guérison est encore récente, mais chez toutes l'utérus est si bien replacé, qu'il est plus que probable qu'elle sera permanente. Nous croyons donc que ce dernier mode de traitement, qui est facile et aussi efficace que le premier, doit être définitivement adopté.

En somme, sur 24 rétroversions, 21 ont été guéries par l'un ou par l'autre moyen, ce qui est un résultat des plus satisfaisants.

ARTICLE VI.

RÉTROFLEXION.

La rétroflexion nous offrira, à propos du diagnostic, quelques particularités très importantes, sur lesquelles nous appelons l'attention du lecteur.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *rétroflexion* est une déviation dans laquelle le corps de l'utérus se porte en arrière et plus ou moins bas, tandis que le col reste dans sa direction normale, ou seulement se porte dans la direction de l'axe du vagin, ou enfin se porte en arrière. Quelle que soit la direction précise de ces deux parties de l'organe, il en résulte toujours un angle à sinus postérieur et ordinairement inférieur.

Formes. — Nous avons reconnu *trois formes* principales dans la rétroflexion.

A. Première forme. — Le col n'est pas dévié de sa direction normale; le corps de l'utérus s'est seulement replié de manière que son fond vienne faire saillie un peu au-dessus, et en arrière du col.

B. Deuxième forme. — C'est la plus commune. Le col est porté en avant vers le bas-fond de la vessie; le corps est tombé en arrière, où il forme une tumeur globuleuse qui descend quelquefois aussi bas que le col.

C. Troisième forme. — C'est la plus rare et la plus difficile à reconnaître. Le col est porté en arrière comme dans l'antéversion, et le corps repose sur lui, de telle sorte que l'organe est complétement plié. Cette forme correspond à la seconde forme d'antéflexion décrite dans un des articles précédents.

La rétroflexion s'est montrée moins fréquente que la rétroversion simple. Dans la pratique on la trouve, du moins si l'on s'en rapporte aux faits observés jusqu'à présent, à peu près aussi souvent que l'antéflexion, ce qui est dû sans doute à ce qu'elle donne lieu plus constamment à des symptômes, car nous avons vu que sur le cadavre, l'antéflexion se rencontre bien plus souvent.

§ II. — Causes.

Sous le rapport des causes, nous ne trouvons encore rien qui appartienne en propre à la rétroflexion. C'est surtout à propos de cette déviation que M. Simpson

a parlé de la constipation opiniâtre ; mais ce que nous avons dit dans l'article précédent, à ce sujet, pourrait être reproduit ici. L'explication de M. Virchow, relativement à l'antéflexion, ne peut évidemment pas être invoquée ici. Et quant à la rétroflexion *congénitale*, nous n'avons pas trouvé un seul exemple incontestable ; cependant on ne peut pas dire que son existence soit impossible.

C'est toujours l'influence de l'*accouchement*, de l'*avortement*, des *efforts*, des *chutes*, qui est la plus évidente dans cette déviation comme dans les autres.

§ III. — Symptômes.

La *douleur*, comme dans la rétroversion, avait son siége constant dans les *lombes* et dans le *sacrum*. Les douleurs dans les *aines* étaient rares.

La *marche* était presque toujours difficile et douloureuse, quelquefois seulement pénible et fatigante.

Examen de l'utérus. — Col facile à saisir avec le *spéculum ;* volumineux, et, ainsi que l'a noté Kiwisch, *entr'ouvert.*

Toucher vaginal. — Par le toucher vaginal on trouve le col situé plus ou moins bas et dirigé tantôt en avant, tantôt dans sa direction normale, tantôt en arrière. Ces directions correspondent aux trois formes signalées. Si l'on porte le doigt sur l'orifice, il y pénètre plus ou moins facilement. Quelquefois l'élargissement de l'orifice externe est extrême, et l'on peut introduire l'extrémité de deux doigts dans la cavité du col. Ce qui prouve bien que ce signe appartient à la déviation, et non à aucune autre lésion de l'organe, c'est que lorsque l'utérus est replacé, l'orifice se referme de la manière la plus évidente.

En portant ensuite le doigt en avant et en haut, on ne trouve pas le corps et l'on sent seulement la résistance molle de la masse intestinale. Si, au contraire, on le porte en arrière, on trouve bientôt le corps globuleux de l'utérus qui descend quelquefois aussi bas que le col, et entre les deux un angle rentrant bien manifeste.

Le *toucher rectal* est presque toujours inutile. Si on l'emploie, il fait reconnaître, en arrière, vers le rectum, le corps de l'utérus dans une étendue un peu plus grande, et l'on constate en même temps la dépression de la paroi antérieure de l'intestin.

Il est bien rare que la *pression* exercée sur le corps ne détermine pas une douleur souvent fort vive.

Le toucher fait encore reconnaître l'engorgement de l'utérus, et ordinairement une fermeté assez grande de son tissu, sauf dans le point de la flexion. Dans une faible minorité des cas, l'utérus est au contraire flasque et mou.

Pour pratiquer le *cathétérisme utérin*, introduisez la sonde comme si l'utérus était dans sa direction normale, c'est-à-dire le bec dans la direction de l'axe du grand bassin et la concavité en avant. Lorsque vous sentez de la résistance, n'insistez pas, vous êtes à la flexion. Notez la profondeur du point où elle est située, comme dans l'antéflexion ; puis, replacez la sonde de la même manière jusqu'à la flexion, faites exécuter un mouvement demi-circulaire au manche de l'instrument, de manière à porter le bec de la sonde en arrière et en bas, et par conséquent la concavité dans la même direction, alors la sonde pénètre sans effort et presque sans douleur jusqu'au fond de l'organe ; pour cela il suffit de relever le manche vers le

[redacted]

pubis avec un très léger mouvement de propulsion. La nécessité de cette manœuvre pour arriver jusque dans la cavité du corps existe particulièrement dans la rétroflexion.

La *constipation* est le plus souvent opiniâtre ; cependant elle est moins constante que dans la rétroversion. La *miction* est presque constamment naturelle, ce qui fait différer cette déviation des précédentes, et ce qui s'explique naturellement par la position du col, qui est peu ou point dévié en avant.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Sous ces divers rapports, cette déviation ne diffère pas de celles qui ont été précédemment décrites.

§ V. — Lésions anatomiques.

On trouve à la paroi postérieure, et au point correspondant à la flexion, une mollesse et souvent une atrophie semblables à celles que nous avons trouvées à la paroi antérieure dans les antéflexions, et que la partie de la paroi postérieure, située au-dessus de ce point, est plus ou moins engorgée. Quant aux *adhérences* et aux diverses *lésions concomitantes*, elles sont les mêmes que dans les autres déviations.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

De toutes les déviations, la rétroflexion est celle qui peut présenter le diagnostic le plus difficile et qui a le plus souvent donné lieu à des erreurs.

Rappelons d'abord que derrière le col se trouve le corps globuleux de l'utérus; qu'entre les deux il y a un angle à sinus postérieur et inférieur, et que ces parties sont ordinairement très accessibles au toucher vaginal. Il semble que dans de semblables conditions la déviation soit toujours très facile à diagnostiquer ; mais il est des lésions qui peuvent la simuler parfaitement.

1° Il peut exister un *engorgement considérable du corps qui ne s'étende pas jusqu'au col.* Il résulte de cette lésion, dont nous avons cité un cas remarquable (1), un angle entre le col et la saillie du corps, qui peut d'autant plus en imposer que l'utérus est entraîné un peu en arrière par le poids de la partie engorgée, et qu'on peut très bien ne pas trouver le corps en avant. L'*emploi de la sonde* permet seul de préciser le diagnostic en pareil cas.

En la portant, en effet, dans la direction normale de l'utérus, on la fait pénétrer jusqu'à 7 ou 8 centimètres, et l'on s'assure par le toucher que la tumeur n'a changé sous aucun rapport ; en même temps on sent entre le doigt et la sonde une grande épaisseur de tissus. C'est ainsi que nous avons pu porter un diagnostic rigoureux dans le cas cité.

2° Une *tumeur fibreuse* peut occuper la paroi postérieure du corps et donner lieu aux mêmes signes appréciables par le toucher. M. Barth en a observé un exemple remarquable dont il nous a communiqué les détails. Le diagnostic se porte de la même manière que dans le cas précédent. Toutefois il faut reconnaître que la dureté considérable et la forme très globuleuse de la tumeur mettent sur la

(1) *Leçons cliniques sur les déviations utérines* (*loc. cit.*).

oie; mais nous ne croyons pas que ces signes puissent lever tous les doutes.

3° La *tumeur sanguine*, ou *hématocèle rétro-utérine*, forme également une illie derrière le col, dont elle est séparée par un sillon, lorsqu'elle n'a pas encore ris un très grand développement. On la reconnaît à sa fluctuation plus ou moins anifeste, à son prolongement vers la fosse iliaque accessible par le palper, et surut à la pénétration directe de la sonde. Quand la tumeur est très volumineuse, 'e colle le corps contre le pubis en le repoussant en haut, elle efface le cul-de-sac stérieur du vagin, et quelquefois le col lui-même. En pareil cas, le diagnostic ne ésente aucune difficulté.

4° Le *phlegmon rétro-utérin* simule si bien la rétroflexion, que trois fois nous ons été appelé pour redresser l'utérus dans des cas de ce genre. En pareil cas, grande sensibilité de la tumeur située derrière le col, sa résistance plus ou moins olle, les plis du vagin qui existent à sa surface, lorsqu'elle n'est pas très déveppée, mettent sur la voie du diagnostic, mais ne suffisent pas. Il faut encore reurir à la sonde, qui pénètre directement, laissant la tumeur à sa place, sans aucun angement. Ainsi, plus nous avançons dans l'histoire de ces maladies, plus nous yons combien le cathétérisme utérin est indispensable pour le diagnostic.

5° Nous nous contentons de signaler une tumeur qui serait, suivant quelques iteurs anglais, et M. Rigby en particulier, formée par l'*ovaire enflammé et délacé*, qui serait venu s'accoler à la partie postérieure de l'utérus. Les documents e sont pas encore suffisants sur ce point. Il suffit donc de dire que la pénétration irecte de la sonde prouverait encore, outre la mobilité de la tumeur, que celle-ci 'appartient pas à la matrice elle-même.

6° Dans la *troisième forme* de rétroflexion, le doigt ne peut pas sentir la tumeur ormée en arrière par le corps, parce qu'elle est située trop haut. C'est en pareil as que le cathétérisme utérin est surtout indispensable. Sans lui, en effet, pas de iagnostic possible, et comme le col se porte fortement en arrière, on peut croire t l'on a cru même à une antéversion. Cette erreur serait funeste, car elle exposerait la perforation de l'utérus au niveau de la flexion. N'oublions donc pas que la onde doit être introduite directement, sa concavité en avant ; si à la hauteur de centimètres environ on est arrêté, et si, en faisant exécuter à la sonde le mouvenent circulaire précédemment décrit, on pénètre dans le corps à une profondeur le près de 4 centimètres, c'est qu'on a affaire à cette forme de rétroflexion. Nous vons pu ainsi porter un diagnostic précis, qui était complétement impossible de oute autre manière.

Pronostic. — L'utérus, dans la rétroflexion, n'a aucune tendance à reprendre spontanément sa direction naturelle. D'un autre côté, le redressement n'est ordinairement pas difficile, en sorte que sous ce rapport le pronostic ne paraît pas défavorable ; mais nous avons vu dans deux cas une seconde tendance aux rechutes.

§ VII. — Traitement.

Sur dix-huit cas que nous avons traités, trois ont été guéris par le redressement avec la sonde seule. Chez treize, le redresseur a été appliqué, et a produit dix guérisons et une amélioration. Dans deux cas, dont un avec traitement incomplet, le résultat n'a pas été favorable.

Enfin, deux malades ont été traitées par le *redressement avec la sonde et l'em-*



ploi du pessaire de caoutchouc combinés. L'une est guérie, et l'autre est encore en traitement. En résumé, sur dix-huit cas, nous comptons quatorze guérisons, une amélioration évidente, deux insuccès et une malade en traitement.

ARTICLE VII.

RÉTROVERSION FLEXUEUSE (VARIÉTÉ).

Définition. — Cette déviation, qui est l'analogue de l'antéversion flexueuse, est caractérisée par le renversement en arrière, et une ou plusieurs flexuosités qui donnent à l'organe une forme onduleuse.

Sous le rapport des *causes*, des *symptômes*, de la *marche de la maladie* et des *lésions*, cette variété ne diffère pas sensiblement de la rétroversion.

C'est seulement sous le rapport du *diagnostic* que cette variété a quelque importance. On pourrait, en effet, croire, en trouvant l'utérus si irrégulier, à la présence de tumeurs dans ses parois. Il faut observer ce qui se passe pendant l'introduction de la sonde ; car on voit les flexuosités disparaître à mesure qu'elle pénètre, et après son introduction, l'utérus est comme dans la rétroversion.

L'*introduction de la sonde* présente quelques difficultés. Il faut, en effet, suivre les diverses sinuosités que présente le canal utérin. Pour cela, on doit, sans agir violemment, porter l'instrument tantôt en avant, tantôt en arrière, suivant que la flexion est antérieure ou postérieure.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la rétroversion et de la rétroflexion ; mais ses résultats sont un peu moins avantageux. Ainsi, sur douze cas, nous avons obtenu huit guérisons complètes, une amélioration notable ; deux fois le replacement qui ne se consolidait pas et demandait assez souvent l'emploi du redresseur ; mais moyennant ce traitement, les malades ont pu se livrer à leurs occupations, ce qu'elles ne pouvaient pas faire auparavant. Enfin, chez une malade, bien que l'utérus soit redressé, il est resté des douleurs vésicales et des envies fréquentes d'uriner, ce qui résulte sans doute d'une inflammation chronique de la vessie.

ARTICLE VIII.

LATÉROVERSIONS ET LATÉROFLEXIONS.

Nous désignons les déviations latérales sous les noms de *latéroversion* et *latéroflexion* droite ou gauche, suivant le côté vers lequel s'incline le corps de la matrice.

Nous ne les avons jamais trouvées seules ; toujours unies à d'autres formes de déviations, elles ont paru, dans plusieurs cas, pouvoir rendre compte de la prédominance de certains symptômes, de tel ou tel côté, par exemple de la douleur existant dans une seule aine. Généralement la douleur était plus forte du côté vers lequel s'inclinait l'utérus ; mais pourtant nous avons vu des exemples du contraire. Cela pourrait-il s'expliquer, dans le premier cas, par la pression du corps de l'utérus sur le plexus sacré et les nerfs qui en émanent, et dans le second par le tiraillement des ligaments ?

Nous avons vu aussi la constipation plus fréquente dans les latéroversions gauches que dans les droites, ce dont rend parfaitement compte la disposition anatomique des parties.

docteur Dezanneau (1) dit avoir trouvé les déviations latérales plus fré-
à droite qu'à gauche. Nous n'avons pas de relevé à cet égard, mais on con-
cela soit ainsi, puisque le rectum, étant situé à gauche, doit, lorsque les
fécales le distendent, repousser l'utérus vers la droite.

CHAPITRE V.

MALADIES DES TISSUS PÉRI-UTÉRINS.

un certain nombre de lésions qui ont pour siége, non pas l'utérus ni les
mais les tissus qui environnent ces organes et les unissent entre eux. Ces
ıs ont des symptômes et une physionomie qui leur sont propres. Elles peu-
e une simple extension d'une maladie de l'utérus aux tissus circonvoisins ;
rfois elles existent en l'absence de toute affection utérine ou ovarique. Elles
t donc une description toute particulière, et cependant on chercherait en
te description dans les traités de pathologie.

'est pas qu'elles aient été complétement méconnues, bien loin de là ; mais
pas leur siége dans un organe particulier, elles ont été confusément indi-
armi d'autres affections semblables, ou seulement exposées à l'aide d'obser-
isolées éparses dans les divers recueils.

ffections sont les *hématocèles péri-utérines*, dont nous n'avons eu la des-
ı complète que dans ces derniers temps ; l'*inflammation péri-utérine*, dé-
ile-mêle avec les divers abcès du bassin, qui ont leur origine tantôt dans une
lu cæcum, tantôt dans une altération des os, etc., et qu'on a aussi dési-
ıus le nom de *tumeurs fluctuantes* du bassin, avec les tumeurs sanguines,
s des ligaments larges, etc. ; enfin l'*inflammation des ligaments larges*,
vait englobée dans les diverses inflammations du bassin et qu'on avait sur-
mprise dans les phlegmons de la fosse iliaque.

oit par ce simple exposé que si l'existence de symptômes et de signes
à chacune de ces affections est réelle, il était bien impossible de les con-
ıarfaitement, puisque, au lieu d'étudier chaque espèce séparément, on ne
qu'une description générale, ne recherchant de signes différentiels que dans
festation de la collection sanguine ou de l'abcès qui est, non la maladie tout
, mais un simple résultat de la maladie, et qui même, dans les cas d'inflam-
peut très bien ne pas se montrer, car il est très fréquent d'observer des
ıations péri-utérines qui se terminent par résolution.

décrirons l'*hématocècle péri-utérine*, le *phlegmon péri-utérin et l'inflam-
des ligaments larges.*

c. *cit.*

ARTICLE Ier.

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

[Toute hémorrhagie qui s'effectue dans l'excavation du petit bassin et dans la cavité même du péritoine, devrait porter le nom d'hématocèle péri-utérine. Cependant on a restreint la valeur de ce terme aux hémorrhagies qui se rattachent, soit à une anomalie de la menstruation, soit à une lésion de l'utérus ou de ses annexes.

Il est arrivé ici ce qui se produit si fréquemment pour d'autres affections. Après avoir donné un nom à l'accumulation du sang, on en a fait une maladie, bien que ce ne soit en réalité qu'un élément d'une maladie préexistante. Quoi qu'il en soit, l'accumulation du sang, bien que secondaire, ayant par elle-même une grande importance, nous nous conformerons aux idées reçues, tout en invitant le lecteur à ne pas perdre de vue la remarque que nous venons de présenter.

L'hématocèle péri-utérine est aussi connue sous les noms d'*hématocèle rétro-utérine* et d'*hématocèle rétro-utérine cataméniale* (Trousseau) ; elle était englobée dans ce que Récamier et M. H. Bourdon (1) nommaient *tumeurs fluctuantes du petit bassin*.

La *fréquence* de cette affection est assez grande, puisque M. A. Voisin (2) a pu en réunir quarante-deux exemples, dont dix lui sont personnels.

§ II. — Historique.

L'hématocèle péri-utérine n'a réellement commencé à fixer l'attention que depuis l'époque (1850) où M. le professeur Nélaton lui a imposé un nom ; mais on en trouve des exemples dans plusieurs ouvrages antérieurs à cette date.

M. A. Voisin pense qu'on peut trouver dans Hippocrate (3) des faits d'hématocèle rétro-utérine. Les auteurs citent ensuite le fait de Ruysch (4), à qui M. Bernutz rapporte la découverte réelle des hémorrhagies du petit bassin. Chez une femme morte pendant les règles, il y avait du sang coagulé dans la cavité de l'utérus et dans une des trompes ; l'ovaire était recouvert d'un caillot volumineux et fortement adhérent (*in cujus superficie coagulatus copiosè firmiterque adhærebat*). M. Voisin croit « qu'il s'agit ici d'un cas où la menstruation a été surprise, pour ainsi dire, sur le fait : déchirure physiologique d'une vésicule ovarienne, exhalation sanguine dans la trompe et l'utérus, tous états parfai-

(1) *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue médicale*, 1841, p 41).

(2) *Thèse*. Paris, 1858.

(3) *Des épidémies*, livre IV et livre V, trad. par Littré, t. V, p. 183 et 205. — *Des maladies des femmes*, livres I et II ; id., t. VIII, p. 21.

(4) *Observationum anatomico-chirurgicarum centuria*, obs. LXXXV, p. 110, édition *d'Amsterdam, 1591*.

ment normaux. » Mais pour admettre qu'il ne s'agissait que de la menstruation, faudrait qu'on n'eût pas trouvé de sang à la superficie de l'ovaire ; car nous ne chions pas que le sang menstruel s'écoule normalement dans le péritoine. D'ailleurs, l'opinion de Ruysch sur la présence du sang dans la cavité du petit bassin est rmelle : « *Probabile esse humores heterogenos in utero contentos per oviductus tubas Fallopianas ad pelvim et abdominis cavitatem posse deduci, in parrientibus, superius innui. Quominus quoque sanguis ex uteri cavitate per dictos ctus, ore uteri clauso, ad pelvim pervenire possit extra statum partus, haud deo.* » Ainsi la possibilité de l'irruption du sang dans le bassin est bien nettement blie par Ruysch, et, avec M. Bernutz, nous continuerons à considérer Ruysch mme l'auteur de la découverte des hémorrhagies péri-utérines.

Les observations qui, dans la série historique, font suite à celle de Ruysch, sont lies de J.-P. Frank (1) et de Pelletan (2). Récamier et M. H. Bourdon (3) en blièrent deux exemples sous le nom de *tumeurs fluctuantes du petit bassin*, ais évidemment sans en connaître l'étiologie.

A notre avis, le travail le plus important sur ce sujet, celui qui a conservé la adition historique des faits précédents, celui qui a déterminé avec le plus de précision les conditions pathogéniques des hémorrhagies péri-utérines, est celui de . Bernutz, en 1848 (4). Dans ce travail, on voit, comme dans l'observation de uysch, que ces hémorrhagies sont en rapport avec les troubles de la fonction enstruelle, que le sang est versé dans la cavité du petit bassin et à l'intérieur de cavité péritonéale, que l'accumulation du sang n'est par elle-même qu'un accident secondaire, et qu'enfin cette hémorrhagie forme une espèce tout à fait partiulière, sans analogie avec celles qui peuvent être produites par la rupture d'un ros vaisseau.

Lorsque M. le professeur Nélaton, en 1849, s'occupa de ces tumeurs et créa le om d'*hématocèle rétro-utérine*, il fixa l'attention sur ce point bien plus que tous ses levanciers, et fit réellement entrer dans le cadre pathologique une affection dont les xemples antérieurs avaient bien pu être considérés comme des cas exceptionnels et de simple curiosité. Nous ne nous étonnons pas que M. Bernutz réclame en faveur des auteurs précédents une priorité incontestable ; mais il faut remarquer aussi le point de vue auquel M. Nélaton se plaçait, et quel était son point de départ. Il est évident que ce professeur crut d'abord avoir affaire à une lésion grave ; qu'il en reconnut ensuite la bénignité, puisqu'il s'efforça de la distinguer des tumeurs malignes (encéphaloïdes) du bassin, et qu'il n'avait point de motifs pour la rattacher à des troubles de la menstruation. Enfin, il en plaçait le siége dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et en faisait une sorte d'apoplexie, une tumeur hématique, ayant son point de départ dans le tissu cellulaire lui-même. En définitive, il était donc bien loin de leur reconnaître la moindre analogie avec les cas de Ruysch, de Frank, de M. Bernutz. Cependant la lumière se fit peu à peu ; les cas observés se trouvèrent ressembler aux précédents, et enfin l'identité fut établie : alors M. Nélaton

(1) *Traité de médecine pratique*, traduct. de Goudareau. Paris, 1842, t. II, p. 267.
(2) *Clinique chirurgicale*. Paris, 1810, t. II, p. 106.
(3) *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue médicale*, 1841, p. 41).
(4) *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel* (*Arch. gén. de méd.*, juin 1848 à février 1849).

reconnut que la cavité péritonéale était le lieu du dépôt hémorrhagique, et que l'écoulement sanguin avait des rapports intimes avec la menstruation. Le point d'arrivée fut le même que celui des auteurs précédents; mais le point de départ avait été différent, et il semble bien évident que M. Nélaton a fait, de son côté, la découverte de l'hématocèle, bien que l'affection eût été connue avant lui.

Nous ne pouvons que citer les travaux déjà nombreux qui ont été publiés sur cette matière. Tels sont les thèses de MM. Viguès (1), Prost (2), Cestan (3), Fenerly (4), Engelhardt (5), Gallardo (6), A. Voisin (7), Devalz (8); les comptes rendus de la clinique de M. le professeur Nélaton, par M. Gillet (9) et par M. Bauchet (10); l'ouvrage de Mikschik (11); les quatre observations publiées par M. Tardieu (12); le cas communiqué à l'Académie de médecine par M. Royer (13); ceux présentés à la Société médicale des hôpitaux, par M. Oulmont (14); un article critique de M. Genouville (15); et enfin les remarquables leçons de M. le professeur Trousseau sur ce sujet (16).

Les traités récents de MM. Scanzoni, Becquerel, Aran, Nonat, sur les maladies de l'utérus, fournissent aussi de nombreux matériaux pour l'étude de ce point de pathologie. On doit à M. Auguste Voisin le traité le plus complet qui ait paru sur cette matière (17).

MM. Bernutz et Goupil (18) ont consacré à cette affection un chapitre remarquable par un excellent esprit critique.

§ III. — Division.

Si l'on ne s'attache qu'à la présence du sang dans la cavité du petit bassin, on doit admettre autant d'espèces d'hématocèles qu'il y a de causes possibles d'hémorrhagies, depuis les plaies pénétrantes de l'abdomen et les ruptures vasculaires jusqu'aux exhalations sanguines actives ou passives, et l'on peut même concevoir qu'elles existent chez l'homme. Si l'on ne considère au contraire que les épanche-

(1) Thèse de doctorat, 1850.
(2) Thèse de doctorat, 1854.
(3) Thèse de doctorat, 1855.
(4) Thèse de doctorat, 1855.
(5) Thèse de doctorat. Strasbourg, 1856.
(6) Thèse de doctorat. 1856.
(7) Thèse de doctorat. Paris, 1858.
(8) Thèse de doctorat. Paris, 1858.
(9) *Gazette des hôpitaux*, 1851.
(10) *Ibid.*
(11) *Études sur la pathologie des ovaires*. Leipsick, 1854.
(12) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris, 1854, t. II, p. 157.
(13) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1855, t. XXI, p. 21.
(14) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, t. IV, p. 21.
(15) *Archives générales de médecine*, octobre, 1858.
(16) *Gazette des hôpitaux*, juin 1858.
(17) Le remarquable ouvrage de M. A. Voisin sur l'*hématocèle péri-utérine* (Paris, 186[illegible]) nous a fourni et nous fournira encore bien des détails importants pour cet article.
(18) Nous exprimons ici à notre collègue de la Pitié, M. Bernutz, tous nos remercîments pour la communication qu'il a bien voulu nous faire des parties déjà imprimées de l'ouvrage qu'il va bientôt faire paraître en collaboration avec M. Goupil (*Clinique médicale sur les maladies des femmes*) (sous presse).

roubles menstruels, on doit en faire une catégorie distincte, comme ernutz et M. Trousseau.

1) a proposé la division suivante pour les hématocèles qu'on peut réviation, féminines :

ne, l'épanchement sanguin est symptomatique d'une affection pour e, je veux désigner par là symptomatique d'une affection de la ovaire, qui amène la rupture de l'un ou de l'autre de ces organes ı sang dans la cavité pelvienne.

ıutre, l'épanchement sanguin est le fait d'un vice de l'excrétion de la cavité utérine dans le bassin, par l'intermédiaire des trompes).

lernière, l'épanchement sanguin est le fait de l'exagération de l'exhaqui est dévolue aux organes génitaux féminins, et résulte d'un ique, tantôt généralisé à tous les organes génitaux, tantôt au conn certain nombre d'entre eux seulement. Cette espèce, caractérisée ›n extérieure d'un flux sanguin, en même temps que le sang se déınent dans la cavité pelvienne, peut se manifester dans toutes les athologiques qui sont susceptibles de donner lieu à des métror-

est la seule admise par M. Trousseau, qui ne voit dans l'hématocèle ı'une hémorrhagie de la trompe utérine, soit par une congestion ır une diathèse hémorrhagique.

.mpossible de suivre cette division, qui, à notre sens, est complète nt pratique; mais du moins ne voulons-nous pas sortir des limites ıce; et nous laisserons en dehors de notre cadre toutes les hémorl'autres causes.

§ IV. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

un total de 34 observations où l'âge est mentionné, M. A. Voisin

Au-dessous de 21 ans.			1	cas.
De 21	à	25	4	—
De 25	à	35	20	—
De 35	à	40	4	—

l'âge de trente ans, pris comme moyenne, que les femmes paraisttes à l'hématocèle rétro-utérine.

rations où la *constitution* a été notée, dit M. Auguste Voisin, douze rte, et six fois faible.

ıent signaler toutes les *affections des ovaires, de l'utérus*, et spé- *variqueux du plexus veineux utéro-ovarien* (Richet, Devalz), et ou le *rétrécissement de l'orifice utérin*; enfin, le *molimen hémor*it par la menstruation ou les excitations sexuelles.

I, p. 358 (sous presse).

2° Causes occasionnelles.

M. Nonat en fait l'énumération suivante : Les excès de coït, surtout pendant la menstruation ; l'application d'un corps froid sur les organes génitaux et les injec- tions fraîches, surtout pendant l'époque des règles ; les blessures de l'utérus, les tentatives d'avortement ; les manœuvres obstétricales, nécessitées par un accou- chement laborieux ; peut-être le contact trop prolongé des pessaires et du redres- seur intra-utérin, les chutes sur le siége, les coups sur l'abdomen, les secousses du corps ; les émotions morales vives au moment des règles.

M. Bernutz signale aussi les opérations pratiquées pour guérir les imperforations de la vulve, du vagin, du col de l'utérus, comme causes d'hématocèles péri-uté- rines. Dans ces cas, dit ce médecin, lorsqu'on a ouvert une issue au sang mens- truel retenu dans l'utérus, les contractions de ce viscère s'éveillent et font reflu du sang par les trompes distendues, aussi bien qu'elles en rejettent au dehors.

3° Causes déterminantes.

Les opinions sur la cause intime de l'hémorrhagie sont déjà fort nombreuses, même lorsque l'on ne considère que les hématocèles liées à la menstruation. Nous avons vu que M. Bernutz admet des hémorrhagies par simple exhalation sangui- dans le péritoine, et liées à une violente congestion cataméniale : M. Tardieu a c quatre cas qui reconnaissaient ce mode de production et qui avaient eu pour caus des excès de coït. MM. Richet et Devalz croient à la rupture intra- ou extra-péri- tonéale d'un varicocèle du plexus veineux utéro-ovarien. Beaucoup d'auteurs pen- sent que la déchirure de la vésicule de Graaf peut fournir tout le sang de l'hé- morrhagie. M. Trousseau en trouve le point de départ dans la trompe utérine, et enfin M. Bernutz admet, dans quelques cas, le retour, par les trompes dilatées, du sang versé dans la cavité utérine.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur ces diverses théories moins intéres- santes pour le praticien que pour le savant.

§ V. — Anatomie pathologique.

Les considérations suivantes seront suffisantes pour faire connaître les altéra- tions anatomiques, et elles nous épargneront une longue description des symptôme Nous citons M. A. Voisin (1).

« Que le sang vienne des ovaires, des trompes ou de l'utérus, il tombe natur- lement en arrière du ligament large, dans cet espace péritonéal rétro-utérin mité en avant par les ligaments larges et l'utérus, en arrière par le rectum et replis latéraux du péritoine, de tous côtés par la séreuse. A la partie supérieu ce cul-de-sac est ouvert et communique largement avec le reste de la cav abdominale.

» Dans quelques cas rares, le sang s'est porté en partie dans l'intervalle vési utérin, mais dans une proportion très minime, par rapport à la masse épanc en arrière de l'utérus.

(1) *Loc. cit.*, p. 137.

À peine quelques gouttes de sang ont-elles pénétré dans la cavité séreuse, qu'elle lamme. Son inflammation a pour résultat d'établir aussitôt des adhérences : tous les organes pelviens ou mieux entre leurs revêtements péritonéaux.
Les anses intestinales sont repoussées vers le détroit supérieur par la poussée du de qui s'épanche, ou elles surnagent par leur propre poids.
Le foyer sanguin s'enkyste rapidement, grâce à l'énergie de l'inflammation de reuse et à la formation d'adhérences celluleuses. Les parois de la tumeur se vent alors limitées en avant par les ligaments larges, en arrière par le rectum péritoine, en bas par le cul-de-sac utéro-rectal, en haut par les anses intes-es qui, par leur adhérence avec le fond de l'utérus, les ligaments larges, les res, les trompes, les ligaments ronds et le péritoine qui tapisse les parties laté-s du bassin, constituent pour le kyste une sorte de plafond résistant.
Parfois la tumeur se porte dans les fosses iliaques et s'y enkyste aussi aux dé-s des anses intestinales.
La cavité du kyste peut rester uniloculaire, mais le plus souvent il se fait, d'un it à un autre, des jetées, des cloisons cellulo-fibrineuses qui s'organisent, de-nent fibreuses, et sont parfois si ténues, qu'elles ont pu faire penser, dans quel-s autopsies, qu'elles étaient constituées par le tissu cellulaire sous-séreux, et : croire, par conséquent, à une hématocèle sous-péritonéale.
Il se fait, en résumé, dans la cavité pelvienne, ce qui a lieu dans la plèvre et chnoïde enflammées.
Dans quelques cas, le sang a dilaté les orifices péritonéaux des trompes et ces ux eux-mêmes qui deviennent parties intégrantes du kyste. L'inflammation end pas, du reste, imperméable l'oviducte, et la communication reste libre e lui et la cavité utérine.
Le sang se comporte différemment, suivant qu'il s'échappe des vaisseaux capil-s (j'exclus les veines qui ne produisent jamais l'hématocèle), ou qu'il provient e vésicule ovarienne déjà altérée et de la cavité utérine où il a dû séjourner ertain temps.
Dans le premier cas, il se coagule, la partie liquide se résorbe, et le caillot reste, disparaître le plus souvent lui-même. Cependant, quelquefois, l'absorption as lieu complétement, et le sang épanché forme des tumeurs fibrineuses que retrouve encore à une époque assez éloignée du début de l'affection, alors que nté des malades est rétablie. Que si dans quelques cas, la surface interne de la e rétro-utérine fournit une grande quantité de sérosité inflammatoire, le sang s caillots s'altèrent, la fibrine et les globules se ramollissent, prennent une eur noirâtre analogue à celle de la suie délayée ; les globules sanguins, exami-u microscope, apparaissent flasques, déformés ; il se forme de l'hématoïdine, tat de l'altération de l'hématosine, et l'absorption du sang étant arrêtée, la masse de tend à s'accroître, en s'adjoignant de nouveaux produits inflammatoires, à urer et à se frayer, par voie d'ulcération, un passage à travers les parois qui urent. En résumé, lorsque le sang s'échappe des vaisseaux, ou bien il se ré-: sur place ; ou bien, après avoir été décomposé, il tend à se porter à l'extérieur cavité.
Dans le second cas, où le sang s'échappe d'une vésicule primitivement affectée, rovient de l'utérus, il est déjà altéré par son séjour hors des vaisseaux. Il

par sa composition plus irritant que du sang pur, et tend à provoquer une périto-nite plus intense, une exhalation considérable de sérosité inflammatoire, et par conséquent à se transformer en pus et à se frayer plus tard une voie à l'extérieur.

§ VI. — Symptômes.

Voici comment M. Viguès (1) décrit le début de cette affection, et sa description expose très bien ce qui se passe dans les divers cas :

« *Début.* — Dans la plupart des observations que nous rapportons, on a observé, dit-il, chez les malades, des symptômes précurseurs ; au bout de quelques jours de malaise, qu'elles ne savent à quoi attribuer, après avoir eu jusqu'alors leurs règles avec assez de régularité, elles voient survenir des troubles dans la menstruation : ou bien les règles se suppriment tout d'un coup ; ou bien, au contraire, il survient une métrorrhagie plus ou moins abondante, qui, chez quelques-unes, a duré plusieurs semaines. Chez d'autres, la quantité de sang qui s'écoule est moins grande et ne dépasse pas celle du flux menstruel normal, mais l'hémorrhagie revient tous les deux ou trois jours ; puis l'écoulement sanguin disparaît, et il survient alors des douleurs dans l'abdomen et surtout dans le bas-ventre ; les malades éprouvent dans cette partie la sensation d'un poids considérable et d'un corps qui tendrait à sortir par le vagin ; les douleurs augmentent et deviennent quelquefois assez vives pour forcer les malades à s'aliter ; les moindres mouvements sont douloureux. »

Symptômes. — La *douleur spontanée* persiste à un degré toujours assez considérable, pendant les époques menstruelles ; en dehors de ces époques, il n'existe souvent qu'une tension, une gêne plus ou moins grande dans l'abdomen. Cette douleur présente des exacerbations parfois très considérables à l'époque des règles. La *douleur provoquée* est également très grande dans les mêmes circonstances. Le *palper hypogastrique*, la *percussion*, le *toucher vaginal* et *rectal*, et l'*introduction du spéculum*, sont rendus par là très difficiles et quelquefois impossibles.

Si la douleur n'est pas trop vive pour qu'on puisse examiner convenablement par le *palper* la région hypogastrique, on peut sentir une *tumeur* qui dépasse parfois le détroit supérieur et se porte de préférence dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur est lisse, arrondie, sans bosselures, pouvant parfaitement se délimiter dans toute sa circonférence, excepté en bas, où elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne ; elle présente, en général, peu de mobilité ; elle est comme enclavée dans le petit bassin, les parois abdominales glissent sur elle sans y adhérer, sa consistance est assez grande ; on peut quelquefois sentir de la fluctuation en cherchant à percevoir ce signe à travers les parois abdominales. La percussion donne un son mat dans toute son étendue, et autour d'elle un son tympanique dû à la présence des intestins distendus par les gaz.

Le *toucher vaginal* fait reconnaître à une hauteur plus ou moins grande de ce conduit, et quelquefois très près de son orifice, une tumeur lisse, arrondie, rénitente, qui se trouve *entre l'utérus et le rectum*, et ordinairement plus à droite qu'à gauche.

(1) *Loc. cit.*, p. 13.

Il en résulte que le *vagin est rétréci*, et que parfois on a de la peine à y introduire le doigt.

En *combinant le toucher vaginal avec le palper hypogastrique*, on sent, lorsque l'on soulève la tumeur avec le doigt, le mouvement se transmettre à la main placée sur l'hypogastre.

En même temps on peut saisir une *fluctuation* plus ou moins évidente, et ce signe est bien mieux obtenu, lorsque, au lieu de l'index seul, on introduit à la fois dans le vagin l'index et le médius.

Il est une autre manière de saisir la tumeur qui ne doit pas être négligée. Si l'on introduit, en effet, un doigt *dans le rectum*, et un doigt *dans le vagin*, on sent entre les deux la tumeur rénitente et lisse qui les sépare. Le *toucher rectal* seul permet de porter le doigt plus haut, le long de la tumeur, et de s'assurer qu'elle remonte vers le détroit supérieur, en repoussant plus ou moins fortement la paroi antérieure du rectum.

Le *toucher vaginal* sert encore à reconnaître la *position de l'utérus*. Celui-ci est repoussé en avant et en haut, et son col, parfois difficile à atteindre, est collé contre la partie supérieure du pubis.

En combinant le toucher avec le palper hypogastrique, on sent que les mouvements imprimés au col par le doigt introduit dans le vagin se propagent à une partie distincte de la tumeur qui est le corps, et que les mouvements n'affectent nullement la tumeur elle-même. Et parfois à la partie antérieure de la grosse tumeur, on en sent une plus petite qui s'en sépare par un sillon, et qui est le corps de l'utérus.

Le *spéculum* peut être quelquefois introduit au moment où la douleur est peu considérable. C'est ce que nous avons vu dans un cas, à Beaujon. Le col étant situé très haut, et fortement repoussé en avant et à gauche, il fallut introduire profondément l'instrument dans cette direction, et là on aperçut le col qui paraissait effacé et plat, bien que la femme n'eût jamais eu d'enfant.

La *percussion*, qu'il faut toujours pratiquer avec beaucoup de ménagement, fait reconnaître dans l'hypogastre, et principalement dans l'une des fosses iliaques, une matité à convexité supérieure, et autour d'elle le son clair des intestins distendus par les gaz.

Il est bon, pour rendre ces signes bien distincts, de vider préalablement le rectum par un lavement, et la vessie à l'aide de la sonde.

La compression exercée par la tumeur sur les organes voisins détermine des symptômes importants. Du côté du rectum, c'est une *constipation* opiniâtre, et du côté de la vessie, tantôt la *rétention d'urine*, tantôt une *miction fréquente, difficile et douloureuse*.

Les malades, pendant les exacerbations, se tiennent dans le *décubitus dorsal, les membres inférieurs fléchis sur le bassin*.

Du côté des *voies digestives* on observe l'*anorexie*, des *nausées*, des *vomissements bilieux;* une *soif* vive et la *constipation* déjà signalée. Le *ventre* est rendu volumineux, non-seulement par la tumeur, mais encore par l'accumulation des gaz.

Du côté de l'utérus, on observe les troubles de la menstruation déjà signalés à l'occasion du début : suppression des règles, ou, ce qui est plus ordinaire, métrorrhagies s'arrêtant brusquement au moment où apparaissent les autres symptômes.

ploi du pessaire de caoutchouc combinés. L'une est guérie, et l'autre est encore en traitement. En résumé, sur dix-huit cas, nous comptons quatorze guérisons, une amélioration évidente, deux insuccès et une malade en traitement.

ARTICLE VII.

RÉTROVERSION FLEXUEUSE (VARIÉTÉ).

Définition. — Cette déviation, qui est l'analogue de l'antéversion flexueuse, est caractérisée par le renversement en arrière, et une ou plusieurs flexuosités qui donnent à l'organe une forme onduleuse.

Sous le rapport des *causes*, des *symptômes*, de la *marche de la maladie* et des *lésions*, cette variété ne diffère pas sensiblement de la rétroversion.

C'est seulement sous le rapport du *diagnostic* que cette variété a quelque importance. On pourrait, en effet, croire, en trouvant l'utérus si irrégulier, à la présence de tumeurs dans ses parois. Il faut observer ce qui se passe pendant l'introduction de la sonde ; car on voit les flexuosités disparaître à mesure qu'elle pénètre, et après son introduction, l'utérus est comme dans la rétroversion.

L'*introduction de la sonde* présente quelques difficultés. Il faut, en effet, suivre les diverses sinuosités que présente le canal utérin. Pour cela, on doit, sans agir violemment, porter l'instrument tantôt en avant, tantôt en arrière, suivant que la flexion est antérieure ou postérieure.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la rétroversion et de la rétroflexion ; mais ses résultats sont un peu moins avantageux. Ainsi, sur douze cas, nous avons obtenu huit guérisons complètes, une amélioration notable ; deux fois le replacement qui ne se consolidait pas et demandait assez souvent l'emploi du redresseur ; mais moyennant ce traitement, les malades ont pu se livrer à leurs occupations, ce qu'elles ne pouvaient pas faire auparavant. Enfin, chez une malade, bien que l'utérus soit redressé, il est resté des douleurs vésicales et des envies fréquentes d'uriner, ce qui résulte sans doute d'une inflammation chronique de la vessie.

ARTICLE VIII.

LATÉROVERSIONS ET LATÉROFLEXIONS.

Nous désignons les déviations latérales sous les noms de *latéroversion* et *latéroflexion* droite ou gauche, suivant le côté vers lequel s'incline le corps de la matrice.

Nous ne les avons jamais trouvées seules ; toujours unies à d'autres formes de déviations, elles ont paru, dans plusieurs cas, pouvoir rendre compte de la prédominance de certains symptômes, de tel ou tel côté, par exemple de la douleur existant dans une seule aine. Généralement la douleur était plus forte du côté vers lequel s'inclinait l'utérus ; mais pourtant nous avons vu des exemples du contraire. Cela pourrait-il s'expliquer, dans le premier cas, par la pression du corps de l'utérus sur le plexus sacré et les nerfs qui en émanent, et dans le second par le tiraillement des ligaments ?

Nous avons vu aussi la constipation plus fréquente dans les latéroversions gauches que dans les droites, ce dont rend parfaitement compte la disposition anatomique des parties.

M. le docteur Dezanneau (1) dit avoir trouvé les déviations latérales plus fréquentes à droite qu'à gauche. Nous n'avons pas de relevé à cet égard, mais on conçoit que cela soit ainsi, puisque le rectum, étant situé à gauche, doit, lorsque les matières fécales le distendent, repousser l'utérus vers la droite.

CHAPITRE V.

MALADIES DES TISSUS PÉRI-UTÉRINS.

Il est un certain nombre de lésions qui ont pour siége, non pas l'utérus ni les ovaires, mais les tissus qui environnent ces organes et les unissent entre eux. Ces affections ont des symptômes et une physionomie qui leur sont propres. Elles peuvent être une simple extension d'une maladie de l'utérus aux tissus circonvoisins ; mais parfois elles existent en l'absence de toute affection utérine ou ovarique. Elles méritent donc une description toute particulière, et cependant on chercherait en vain cette description dans les traités de pathologie.

Ce n'est pas qu'elles aient été complétement méconnues, bien loin de là ; mais n'ayant pas leur siége dans un organe particulier, elles ont été confusément indiquées parmi d'autres affections semblables, ou seulement exposées à l'aide d'observations isolées éparses dans les divers recueils.

Ces affections sont les *hématocèles péri-utérines*, dont nous n'avons eu la description complète que dans ces derniers temps ; l'*inflammation péri-utérine*, décrite pêle-mêle avec les divers abcès du bassin, qui ont leur origine tantôt dans une lésion du cæcum, tantôt dans une altération des os, etc., et qu'on a aussi désignée sous le nom de *tumeurs fluctuantes* du bassin, avec les tumeurs sanguines, les abcès des ligaments larges, etc. ; enfin l'*inflammation des ligaments larges*, qu'on avait englobée dans les diverses inflammations du bassin et qu'on avait surtout comprise dans les phlegmons de la fosse iliaque.

On voit par ce simple exposé que si l'existence de symptômes et de signes propres à chacune de ces affections est réelle, il était bien impossible de les connaître parfaitement, puisque, au lieu d'étudier chaque espèce séparément, on ne faisait qu'une description générale, ne recherchant de signes différentiels que dans la manifestation de la collection sanguine ou de l'abcès qui est, non la maladie tout entière, mais un simple résultat de la maladie, et qui même, dans les cas d'inflammation, peut très bien ne pas se montrer, car il est très fréquent d'observer des inflammations péri-utérines qui se terminent par résolution.

Nous décrirons l'*hématocècle péri-utérine*, le *phlegmon péri-utérin et l'inflammation des ligaments larges.*

(1) *Loc. cit.*

couler ; il faut avoir soin de ne pas trop enfoncer l'instrument dans la poche, de peur de la transpercer d'outre en outre et d'aller blesser un organe voisin. Lorsqu'on a retiré la pointe du trocart, il s'écoule par la canule une plus ou moins grande quantité de sang liquide, noir, visqueux, semblable à de la mélasse. La tumeur se vide en partie, mais l'ouverture n'est pas assez large, et le liquide est trop épais souvent pour s'écouler en totalité de cette manière ; il faut alors agrandir l'ouverture. Pour cela on retire la canule, puis on introduit, par l'ouverture faite par le trocart, un lithotome à une lame, disposé préalablement de manière à faire une incision suffisante ; ce qu'on obtient par le degré d'ouverture que l'on permet, au moyen d'une vis, à la lame du lithotome. L'incision doit avoir le plus souvent 3 centimètres d'étendue ; on la pratique dans le sens de l'axe du vagin, afin de ne pas blesser les artères utérines ; il faudra avoir eu soin de s'assurer aussi qu'il n'existe pas d'artères dans le point de la paroi sur lequel doit porter l'incision. Cette incision ne doit être ni trop considérable ni trop profonde ; sans cela on aura à craindre la blessure du rectum. Aussi le lithotome sera-t-il préférable au bistouri ; avec lui on pourra donner à l'incision la largeur que l'on jugera convenable et ne pas la dépasser, puisque, avant d'introduire l'instrument, le degré d'écartement qu'on donnera à la lame correspondra à la largeur de l'incision. Avec le bistouri, au contraire, on n'aura pas cette précision ; un mouvement brusque de la malade pourra faire prolonger l'incision, et aller blesser un organe voisin, le rectum, par exemple.

» Par l'incision que l'on vient de pratiquer, le reste du sang liquide qui existait dans la tumeur s'écoule ; le doigt introduit dans la poche constate l'épaisseur de ses parois, et l'existence dans la cavité de caillots qui sont adhérents à ces parois ; il peut alors les détacher et même les broyer, puis à l'aide d'injections fortement poussées on les fait sortir de la cavité de la tumeur. M. Récamier recommande de faire, pendant que le liquide sort de la tumeur, une légère compression sur l'abdomen afin de faciliter l'écoulement de ce liquide par le vagin, puis de la continuer ensuite lorsque l'opération est terminée, en appliquant sur l'abdomen des compresses maintenues par un bandage de corps, afin de diminuer, dit-il, les chances de l'introduction de l'air dans le foyer, ce qui, comme nous l'avons vu, expose à des accidents graves, tels que la viciation du liquide, l'inflammation des parois de la tumeur, et enfin la résorption putride. Pour éviter encore l'introduction de l'air, il recommande de maintenir la poche remplie d'eau ; pour cela il pousse la fin de l'injection avec peu de force et maintient le siége de la malade dans une position élevée. Il faudra faire avec soin, dans le foyer, des injections tièdes, émollientes, qu'on répétera plusieurs fois par jour, afin de vider et de débarrasser la cavité de la tumeur du liquide et des caillots qui tendent à s'altérer si vite au contact de l'air.

» La quantité de sang liquide que l'on retire par le vagin varie suivant le volume de la tumeur et le temps depuis lequel elle est formée. Quelquefois on ne retire que quelques cuillerées de liquide, le reste de la tumeur étant formé par des caillots ; d'autres fois, au contraire, comme on a pu le voir dans les observations qui précèdent, 500 et même jusqu'à 1000 grammes de sang liquide se sont écoulés après l'incision. Le sang que l'on a retiré de ces tumeurs était dans tous les cas le même : il était noir, d'une viscosité assez considérable, se coagulant diffici-

ement au contact de l'air et pouvant être très bien comparé à de la mélasse.

» Quelquefois lorsque la poche est considérable, que les caillots sont très adhérents ou situés trop haut, le doigt ne réussit pas à les atteindre et à les détacher. On pourra alors faire usage d'une curette plus ou moins grosse, et, à l'aide de cet instrument, détacher des parois de la tumeur les caillots, que l'on fera sortir ensuite du kyste par des injections. Après avoir incisé et vidé la poche sanguine, il faudra toujours avoir soin d'introduire l'index dans la cavité, afin de voir quelle est son étendue, l'épaisseur de ses parois, et de s'assurer qu'il n'existe pas à sa surface une autre tumeur, comme cela est arrivé dans la première de nos observations, et comme on devra le supposer lorsque, après l'opération, le volume du ventre sera resté le même et que les symptômes généraux n'auront pas diminué l'intensité. Dans ce cas, il faudra s'assurer si la tumeur que l'on sent est bien une nouvelle tumeur sanguine, et qu'elle n'est pas formée, par exemple, par l'accumulation dans l'intestin de matières fécales, par suite de la constipation qui existe depuis longtemps. Lorsqu'on sera certain du diagnostic, il faudra a[illegible]r, pour ce nouvel épanchement sanguin, comme on l'a fait pour le premier; seulement il faudra agir avec plus de prudence, à cause de la profondeur plus grande de la tumeur et du danger, par conséquent, de blesser les organes voisins. Si les symptômes généraux conservaient leur intensité, par suite de la présence de cette nouvelle tumeur, il ne faudrait pas trop tarder d'en faire l'ouverture, sans quoi cette tumeur pourrait ulcérer l'intestin et donner par cette voie une issue au liquide qu'elle contient, ce qui pourrait amener quelquefois d'autres accidents, par suite du passage dans la poche des matières fécales.

» Lorsque, quelques jours après l'opération, le liquide qui s'écoule de la tumeur aura, comme nous l'avons vu, changé de nature, qu'il sera devenu purulent, fétide, il faudra remplacer les injections émollientes par des *injections* faites avec *un liquide désinfectant*, de l'*eau chlorurée* par exemple, afin de déterger ce foyer purulent. On aura soin de soutenir en même temps les forces des malades par des *préparations toniques*, le *vin de quinquina*, etc. C'est dans ce cas aussi qu'il faudra explorer avec soin les parois de la tumeur avec une curette, afin d'en détacher *les caillots adhérents* profondément placés et qui commenceraient à se putréfier.

» Outre ces moyens locaux, que l'on emploiera après l'opération, il faudra en même temps combattre les symptômes généraux qui pourraient persister après l'ouverture de la tumeur. S'il existait encore des symptômes de péritonite, on devra user modérément des *émissions sanguines* à cause de la faiblesse extrême que ressentent la plupart des malades. Il serait préférable, dans ces cas, d'employer *onctions mercurielles* sur le ventre, et l'administration du *calomel à l'intérieur*. On entretiendra, par de légers *purgatifs* ou des lavements, la liberté du ventre. Les fonctions de l'extrémité inférieure de l'intestin ne tardent pas, du reste, à se rétablir après l'évacuation de la tumeur. Des *potions opiacées*, des *cataplasmes laudanisés* sur l'abdomen seront employés tant que persisteront les douleurs. Les vomissements seront combattus par la *glace*, l'*eau de Seltz*; puis, lorsque la fièvre aura disparu, il faudra relever les forces des malades par une *nourriture tonique*, qu'on augmentera graduellement, afin de réparer les pertes considérables qu'elles auront pu faire. »

[Il ne serait pas exact de dire que l'on ne pratique plus d'opérations pour les hématocèles rétro-utérines, mais on doit, avec M. Nélaton, les restreindre à des cas particuliers. Les indications de l'intervention chirurgicale sont, d'après M. Voisin, la violence des douleurs, le développement de la tumeur et la crainte de la rupture des adhérences qui l'enkystent.

Mais, à part ces cas exceptionnels, c'est à un traitement purement médical que l'on doit avoir recours.

2° *Traitement médical. — Méthode de M. Nonat.* — M. Nonat emploie depuis quelques années avec succès un traitement particulier dont voici l'énoncé : Position horizontale, régime sévère ; sinapismes fréquemment promenés sur les membres supérieurs ; cataplasmes émollients sur le ventre et quelquefois des onctions mercurielles ; lavements émollients, purgatifs légers ; applications d'eau froide et même de glace à l'hypogastre et à la partie interne des cuisses, particulièrement au début, pour arrêter ou au moins diminuer le molimen hémorrhagique ; mais, avant tout, émissions sanguines générales lorsque la constitution générale de la femme le permet. M. Nonat les prescrit de la sorte :

Saignées de 90 à 100 grammes, répétées deux ou trois fois par mois, et agissant comme déplétives ou dérivatives (1).

Méthode de M. le professeur Trousseau. — M. Trousseau (2) préconise dans le traitement de l'hématocèle rétro-utérine :

D'une part, les ferrugineux et le quinquina, pour prévenir de nouvelles hémorrhagies ;

Et d'autre part, les astringents et les acides, pour combattre l'hémorrhagie pelvienne.

Quant à la douleur que M. Trousseau croit être produite par une fluxion de l'utérus et de ses annexes, il la combat par des applications sur le ventre de cataplasmes chauds de farine de graine de lin et d'une mixture belladonée et opiacée.

M. Aran (3) considère l'intervention chirurgicale comme malheureuse, et conseille de combattre, de la manière la plus énergique, la péritonite qui se manifeste toujours au début, par de nombreuses applications de sangsues.

Telle est aussi à peu près l'opinion de MM. Oulmont et Marrotte.

M. A. Voisin résume très bien, dans les deux tableaux suivants, le traitement médical.

1° *Thérapeutique des accidents produits par l'hémorrhagie.*

a. De la péritonite.....	*Sangsues à l'anus ou sur le ventre* (30 à 80, suivant l'état de la malade et la gravité des accidents). *Calomel* à dose fractionnée, 0,10 à 0,30 gram. par paquets de 1 à 5 centigr., pendant deux ou trois jours. *Vésicatoires* volants sur l'hypogastre. *Opium* en pilules, en potions, en lavements et en frictions. *Belladone*. Emplâtres belladonés. *Eau de Seltz*, glace et potion de Rivière, *comme antivomitifs*.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 4 juin 1858.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 29 juin 1858.
(3) *Société médicale des médecins des hôpitaux de Paris*, 24 février 1858.

:UMEUR.......
- *Émollients*. Cataplasmes sur le ventre.
- *Vésicatoires* volants sur l'hypogastre, après la cessation de tout symptôme aigu.
- *Dérivatifs* sur le canal intestinal. Purgatifs salins. Lavements huileux.
- *Immobilité absolue* pendant le premier mois, jusqu'après l'époque menstruelle qui suit le début de l'affection.

ÉMIE.........
- *Préparations martiales*. Fer réduit par l'hydrogène, 20 à 30 centigrammes par jour.
- *Toniques*. Vin de quinquina. Poudre de quinquina, 50 centigram. à 1 gramme par jour.
- *Alimentation choisie*.

2° *Thérapeutique préventive de nouvelles hémorrhagies.*

ı malade dans une immobilité absolue, le bassin élevé.
l'hypogastre de compresses trempées dans de l'eau froide, et fréquemuvelées. Chez une malade (obs. XXXII), les applications de glace m'ont utiles.
ıtions astringentes, extrait de ratanhia.
contenant 20 gouttes de perchlorure de fer.
nents acides, eau de Rabel.
es antiménorrhagiques (M. Trousseau), quinquina à la dose de 4 gram.
nes aux membres supérieurs.]

ARTICLE II.

ıTION DU TISSU CELLULAIRE PÉRI-UTÉRIN (*phlegmon péri-utérin*) (1).

ffection est connue d'une manière très imparfaite, et cependant elle n'est car dans l'espace d'un an et demi, nous avons observé : 1° 19 cas bien l'inflammation rétro-utérine ; mais sur ces 19 cas, 11 seulement ont été avec tous les détails nécessaires, et c'est d'après eux que nous allons tracer tion de la maladie ; 2° 3 cas d'inflammation anté-utérine ; 3° 1 cas, dans ıflammation avait son siége sur un côté du col ; 4° 2 cas, dans lesquels à la fois une inflammation antérieure et postérieure : en tout, 25 cas. ers cas ayant été convenablement observés, nous en avons donc 17 qui ıous servir à traiter les questions générales.

is (2), qui nous a donné une bonne thèse sur les inflammations du pourutérus, ne distingue pas l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin ons de la même nature qui ont leur siége dans les ligaments larges et les

n que de nouveaux travaux aient été produits récemment sur le *phlegmon péri-utéie* croyons pas devoir en donner l'analyse à cause des doutes qui se multiplient sur e cette affection. M. Bernutz croit en effet que l'on s'est trompé quant à la déterxacte de la nature et du siége de ces prétendus phlegmons ; il pense que ce sont ites partielles, bornées à une partie du péritoine de l'excavation pelvienne (*pelvi-*, et que les tumeurs prises pour un empâtement phlegmoneux résultent de l'adhéuelques anses intestinales entre elles ou avec les organes voisins. La rareté des 'oppose à la solution de la question ; mais nous tenons de M. Gosselin, qui a souence des phlegmons péri-utérins, que toutes les autopsies récentes ont donné raison ıtz.]

inflammations des annexes de l'utérus et des ligaments larges, thèse. Paris, 1847.

[redacted]

ovaires, et voici comment s'exprime M. Bennett (1) à ce sujet : « *Inflammation et abcès des annexes de l'utérus hors de l'état puerpéral.* Dans la plupart des cas, dit cet auteur, elle reste bornée au tissu cellulaire des ligaments larges et aux organes qu'ils contiennent ; elle ne s'étend ni au tissu cellulaire du bassin, ni au péritoine ; elle peut ainsi rester des mois, des années, et si, ce qui est rare, il survient une péritonite, elle offre une grande tendance à se localiser ; dans l'état puerpéral, au contraire, la péritonite s'étend avec une grande rapidité. »

La description qui va suivre démontrera, au contraire, que, hors de l'état puerpéral, il existe une inflammation qui a son siége dans le tissu cellulaire qui environne la partie supérieure du col de l'utérus ; que cette inflammation a des symptômes qui la caractérisent ; qu'elle se termine ordinairement par résolution, et que, par conséquent, lorsqu'on ne l'a étudiée qu'à l'état d'abcès, on n'a fait connaître qu'un des modes de terminaison de cette affection.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'inflammation péri-utérine est celle qui occupe le pourtour du point de réunion du col et du corps de l'utérus, et qui ne s'étend qu'accidentellement aux ligaments larges.

On en a décrit quelques cas d'une manière confuse sous les noms d'*inflammation des annexes de l'utérus*, *tumeurs fluctuantes du petit bassin*, *abcès du petit bassin*. Les Anglais lui donnent le nom de *pelvi-cellulitis*.

Les deux principales *espèces* d'inflammation péri-utérine sont : 1° le phlegmon rétro-utérin, qui a son siége dans le tissu cellulaire situé entre le cul-de-sac postérieur du vagin, l'excavation péritonéale recto-utérine, l'utérus et le rectum ; 2° le *phlegmon anté-utérin*, dont le siége est dans le tissu cellulaire situé entre le cul-de-sac antérieur du vagin, l'excavation péritonéale vésico-utérine, l'utérus et la vessie. Dans un seul cas, nous avons trouvé une tumeur inflammatoire sur un des côtés de l'utérus, sans que la partie antérieure ou la partie postérieure y participât.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'*âge* des malades a varié de dix-sept à quarante-deux ans. Aucune n'avait encore passé la grande période menstruelle, et ce fait mérite d'être remarqué, parce qu'il prouve que c'est à l'époque où l'utérus jouit de toute sa vitalité que se produisent ces inflammations qui ont pour siége le pourtour de cet organe.

Il n'y a rien eu dans la *constitution* ni dans le *tempérament* qui mérite d'être mentionné.

Sur les 17 cas qui ont été recueillis avec soin, 11 étaient relatifs à des femmes qui avaient de la *dysménorrhée*, et cette dysménorrhée était due à une *congestion sanguine*.

Dans 3 cas sur 25, les malades avaient une *déviation utérine* qui avait été traitée par le *redresseur utérin*. Nous ne plaçons pas cette cause parmi les causes occasionnelles, parce que ce n'est pas immédiatement à la suite de l'application du re-

(1) *Loc. cit.*

sseur que l'inflammation s'était produite, mais plusieurs jours après et lors de parition des règles, les malades n'ayant rien éprouvé dans l'intervalle. Voici nment on peut expliquer la production de l'inflammation. D'une part, la pre-re apparition des règles après l'emploi du redresseur est marquée par une plus nde abondance du flux menstruel; le raptus sanguin est donc plus considérable. utre part, c'est particulièrement pendant l'époque menstruelle que se produit flammation dont il s'agit, parce que, sans aucun doute, les tissus qui environ-it l'utérus sont alors le siége d'une hypérémie qui, lorsqu'elle est trop violente, it dégénérer en inflammation. Ce rapprochement suffit pour nous faire com-ndre comment le redressement de l'utérus, en favorisant ce raptus, favorise lement la production de l'inflammation. Il ne faudrait donc pas croire que c'est exerçant une violence directe sur l'utérus et le tissu qui l'entoure que l'instru-nt a donné lieu à cet accident. Il pourra en être ainsi dans quelques cas, si l'on t sans précaution, surtout chez des malades dont les organes génitaux sont déjà lammés ; mais ce n'est pas de cette manière que les choses se sont passées dans cas que nous citons.

Enfin, dans deux cas, les tissus péri-utérins étant douloureux et gonflés, présen-t en un mot des signes d'*inflammation subaiguë*, les malades ont eu à plusieurs rises, à l'époque menstruelle, une inflammation aiguë du tissu rétro-utérin, à ıelle les prédisposait évidemment l'inflammation préexistante.

2° Causes occasionnelles.

Dans un seul cas, sur les dix-sept complétement observés, l'affection est surve-peu de temps après l'*accouchement*. Peut-être trouvera-t-on plus tard cette se un peu plus fréquente. Il n'en est pas moins remarquable que l'inflammation, après l'accouchement occupe si fréquemment les ligaments larges, se soit mon-si rarement, dans les mêmes circonstances, chez les malades que nous avons ervées. Il ne faut pas confondre avec ces cas ceux où l'inflammation ayant existé nitivement dans la fosse iliaque a ensuite gagné le tissu cellulaire qui entoure ɔl, parce que, dans ces derniers, il n'y a qu'une simple extension de l'inflam-ion primitive.

L'inflammation de l'utérus et du vagin peut néanmoins *s'étendre* au tissu péri-in et produire l'affection dont nous nous occupons. C'est ce que nous avons en particulier chez une jeune fille de dix-sept ans et demi qui avait contracté vaginite. L'inflammation gagna l'utérus, puis le tissu péri-utérin, extension fut signalée par les douleurs les plus vives, et il se produisit une tumeur qui pura.

Dans un cas, ce fut après des *excès de coït* que se produisit l'inflammation péri-rine.

Enfin, chez toutes les autres malades, il n'y eut *aucune cause occasionnelle* réciable. Pendant l'époque menstruelle, des douleurs beaucoup plus vives à l'ordinaire se manifestant, la fièvre s'alluma, et la maladie se déclara.

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* de cette affection sont très caractéristiques, et permettent de ter rigoureusement le diagnostic. Ils diffèrent en quelques points suivant le siége

de la maladie, et par conséquent nous devons, pour la description, distinguer *trois espèces principales*. La première est le *phlegmon rétro-utérin ;* la seconde le *phlegmon anté-utérin*, et la troisième, *la réunion de ces deux espèces.* En décrivant la première espèce, nous ferons connaître les symptômes qui sont communs à toutes les trois ; il suffira ensuite d'indiquer ce qui appartient en propre aux deux autres.

1° *Phlegmon rétro-utérin.* — *Début.* — Avant d'éprouver les symptômes caractéristiques de la maladie, tous les sujets avaient pendant quelques heures, et rarement un ou deux jours, du malaise, une sensation de pesanteur et de chaleur vers le rectum. Six sur onze ont eu un frisson marqué ; les autres n'ont eu que des frissonnements passagers. Chez toutes il y avait de l'inappétence et de la constipation.

Symptômes de la maladie confirmée. — Le symptôme qui frappe au premier abord est la douleur. Ce symptôme est constant. La *douleur spontanée* est toujours considérable, quelquefois excessive. Elle se manifeste par exacerbations violentes, qui sont souvent telles que les malades ne peuvent garder aucune position, qu'elles se roulent sur leur lit, font des contorsions, pleurent et poussent des cris. Cette douleur est diversement caractérisée par elles : les unes se plaignent d'une sensation de brûlure, les autres de battements douloureux, la plupart d'élancements violents, etc. La *douleur provoquée* n'est pas moins constante : elle est produite par la pression sur l'hypogastre, par la percussion, par le toucher vaginal, et surtout par le passage des matières fécales dans l'intestin. En allant à la garderobe, les malades éprouvent une douleur des plus vives, vers le sacrum et l'anus, et la défécation est ordinairement le signal d'une de ces exacerbations violentes précédemment décrites.

Des *douleurs expulsives* ont lieu dans le rectum. Les malades éprouvent dans l'intestin la sensation d'un corps étranger qui provoque des contractions souvent sans résultat et qui est due à deux causes différentes : 1° à la pression de la tumeur inflammatoire sur la paroi antérieure du rectum ; 2° à la propagation de l'inflammation aux tuniques de l'intestin, rendue évidente par l'expulsion d'une plus ou moins grande quantité de mucus dont nous parlerons plus loin. Ces douleurs expulsives, déjà signalées dans l'*hématocèle rétro-utérine*, sont plus marquées dans l'affection qui nous occupe et ont quelque chose de caractéristique.

Le *toucher vaginal* fait reconnaître derrière le col de l'utérus une *tumeur* qui en est séparée ordinairement par un sillon profond. Lorsque cette tumeur est très considérable, elle peut effacer presque complétement le cul-de-sac vaginal postérieur, comme nous en avons vu un exemple dans un cas qui s'est terminé par suppuration.

Le volume de cette tumeur ne dépasse pas ordinairement celui de la moitié la plus évidée d'un œuf de poule qui serait un peu aplati d'avant en arrière. En pareil cas, l'angle situé entre elle et le col a presque toute la profondeur du cul-de-sac vaginal postérieur. On sent à sa surface les plis transversaux du vagin. Sa consistance est un peu molle, sans fluctuation ; elle est immobile. Le contact du doigt dans ce point est extrêmement douloureux. Nous verrons à l'article du *diagnostic* que cette disposition simule si bien la rétroflexion, qu'on s'y est mépris plusieurs fois, faute d'une exploration suffisante.

Le toucher rectal est très douloureux ; on peut se dispenser de le pratiquer dans

part des cas. Il fait sentir une tumeur aplatie d'avant en arrière et dont on ·ut pas atteindre la partie supérieure.

.and la tumeur est plus volumineuse, sa surface est plus lisse, sans cependant. ·enir autant que dans l'hématocèle rétro-utérine. En combinant le toucher va- et le toucher rectal, on saisit entre les deux doigts sa partie inférieure, et l'on juger de l'épaississement de la cloison recto-vaginale dans laquelle elle s'est oppée. Parfois, à une certaine époque de la maladie, on y sent une fluctuation feste.

même temps, le toucher fait reconnaître dans quelques cas la chaleur, la ur, des battements artériels du col de l'utérus ; en un mot, des signes d'inflam- n de cette partie. Si on le combine avec le *palper hypogastrique*, on s'assure le reste du tissu péri-utérin et les ligaments larges sont souples et exempts ammation.

·xamen au spéculum* est extrêmement douloureux et le plus souvent inutile. ıt faire reconnaître les signes visibles de l'inflammation du vagin et du col, l'autres symptômes ont déjà suffisamment révélés.

· plus souvent les symptômes du côté des voies digestives se bornent à de *ppétence*, du *dégoût* pour les aliments, parfois quelques nausées, une *soif* ocre, et la *constipation* opiniâtre, avec *douleurs expulsives* dont nous avons parlé ; ou, au contraire, lorsque l'inflammation qui a gagné le rectum est idérable, un *dévoiement* assez fort, avec des *épreintes* et des *excrétions* mu- ses semblables à celles de la dysenterie.

ıns deux cas, des *vomissements bilieux*, des *nausées continuelles*, un peu de *ation* se sont joints aux symptômes précédents. L'inflammation s'était alors mment propagée au péritoine environnant, ce qui était encore démontré par *douleurs beaucoup plus vives qu'à l'ordinaire* siégeant à l'hypogastre et s'ir- int dans les flancs.

u côté des *voies urinaires* on n'observe rien de remarquable, tant que l'in- mation ne s'est pas propagée au tissu cellulaire anté-utérin.

: *pouls* est modérément accéléré dans la plupart des cas ; dans les deux cas où ammation avait gagné le péritoine voisin, il est monté à 108 et 114, et est ·nu faible et petit ; dans les autres il n'a pas dépassé 90 et a conservé son me ordinaire.

a *face* est toujours anxieuse, elle exprime la souffrance à un très haut degré au nent des exacerbations. Dans les cas où le péritoine voisin a été envahi, elle : pâle, amaigrie, avec une expression des plus douloureuses.

e *décubitus* est en général dorsal, la tête assez élevée pour que le tronc soit un porté en avant. Dans les exacerbations, les malades se tiennent en général le ıs penché en avant, et souvent elles changent de position dans l'espoir de se lager, ou même se livrent à des contorsions.

ious n'avons jamais observé de symptômes cérébraux.

'els sont les symptômes de cette affection. Dans les cas où la *suppuration* s'éta- . ils changent de nature, puis s'amendent rapidement et disparaissent même en ·lques instants, si l'abcès s'ouvre et trouve une voie facile au dehors.

2° *Phlegmon anté-utérin.* — Nous n'avons observé cette inflammation isolée que s *trois cas. Les symptômes particuliers* à cette espèce ont été les suivants : 1

[redacted]

malades éprouvaient une *douleur* hypogastrique vive, avec exacerbations. Le toucher vaginal faisait reconnaître le cul-de-sac postérieur parfaitement libre et souple. Dans le cul-de-sac antérieur, au contraire, on sentait, non pas une tumeur circonscrite et arrondie, comme dans l'espèce précédente, mais une *tension* marquée, une résistance insolite résultant de l'inflammation. La disposition serrée du tissu qui unit la paroi vaginale à la vessie et une portion de celle-ci au col, explique cette différence. On ne sent pas latéralement d'une manière distincte les limites de cette résistance. La *pression* exercée avec l'extrémité du doigt sur la partie résistante occasionne la plus vive douleur; il en est de même lorsque, en voulant repousser le col de l'utérus en arrière, on exerce des *tiraillements* sur ce point.

Un autre symptôme constant et remarquable est la *douleur des contractions vésicales* pendant la miction. Les malades s'en plaignent vivement. En même temps il survient des *envies fréquentes d'uriner* qui les fatiguent beaucoup, envies auxquelles elles cherchent à résister, mais que l'irritation de la vessie les force bientôt à satisfaire.

Tous les symptômes décrits dans la précédente espèce, sauf ceux qui ont leur siége dans le rectum, appartiennent également à celle-ci. Seulement, nous avons remarqué que les symptômes péritonéaux se manifestent plus facilement, sans doute parce que le développement de l'inflammation est plus facile vers la partie supérieure, où le tissu est plus lâche.

3° *Inflammation anté- et rétro-utérine réunies.* — En réunissant les symptômes propres à chacune des deux précédentes espèces aux symptômes qui leur sont communs, on a le tableau de la maladie. Il suffit donc de la mentionner.

Quant au cas où l'*inflammation siégeait sur le côté de l'utérus*, comme la tumeur se portait un peu en arrière vers le rectum, ce sont les symptômes de la première espèce qui prédominaient.

§ IV. - Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie doit être étudiée avec soin. Elle présente des exacerbations presque toujours d'une très grande violence. Cela a lieu alors même que l'inflammation reste fixée à la partie postérieure de l'utérus, et ne peut s'expliquer en pareil cas que par l'envahissement successif de plusieurs points très rapprochés du tissu péri-utérin. Lorsque l'inflammation envahit des points plus éloignés, comme les parties latérales et la partie antérieure, ces envahissements ont lieu également à des intervalles plus ou moins éloignés et expliquent les exacerbations.

Toujours est-il que ces intervalles de douleur violente et de calme relatif donnent à l'affection une physionomie particulière, et que le médecin doit bien connaître pour n'être point induit en erreur. Les premiers symptômes ont une grande violence; on les voit, sous l'influence du traitement, s'amender rapidement, disparaître même tout à fait, et l'on peut croire que, comme les inflammations ordinaires, la maladie va cesser graduellement. Il n'en est rien. Au bout de huit, dix et même vingt-quatre heures, les symptômes se reproduisent avec la plus grande violence, et ainsi de suite pendant quatre, six, huit jours et quelquefois plus. C'est, comme *on le voit, une intermittence irrégulière* bien prononcée. Dans quelques cas, cette

ittence se rapprochait assez de la périodicité pour qu'on crût avoir affaire à aladie franchement intermittente.

durée de l'affection, *quand elle se termine par résolution*, est de huit à dix ordinairement. Cependant il reste, après ce temps, un point d'induration douloureux à l'endroit où siégeait l'inflammation, et les femmes ont besoin nds ménagements. *Quand la maladie se termine par suppuration*, les sym-s douloureux ont une durée un peu plus longue, parce qu'il se passe quel-ours de plus avant que la collection purulente soit formée; puis l'ouverture umeur, naturelle ou artificielle, met promptement un terme aux souffrances nalade.

terminaison de la maladie est variable. Dans le plus grand nombre des cas, fait *par résolution ;* nous n'avons vu, en effet, sur 25 cas, la suppuration lir que deux fois dans le phlegmon rétro-utérin, une fois dans le phlegmon utérin, et une fois dans l'inflammation occupant à la fois le tissu cellulaire pos-r et le tissu cellulaire antérieur. En tout, 4 fois sur 25. C'est là un point très rtant, car il prouve que la maladie a été bien souvent méconnue, puisqu'elle é étudiée que dans les cas où il se produit un abcès. Et cependant, comme l'avons vu, elle n'est pas moins bien caractérisée quand elle doit se terminer ésolution.

rsque cette terminaison par résolution a lieu, on voit d'abord les symptômes aux s'amender, puis cesser complétement. La tumeur dans le phlegmon ré-térin, et les tissus résistants dans le phlegmon anté-utérin, deviennent beau-moins douloureux. Puis toute douleur disparaît, la tumeur diminue peu à il faut la chercher dans un point plus élevé, et enfin elle finit par disparaître aisser de trace, ou bien il reste pendant un certain temps un petit noyau in-qui disparaît plus tard. Les tissus reprennent leur souplesse, et l'on peut im-r à l'utérus des mouvements comme à l'état normal.

and la suppuration s'établit, il y a quelques signes, comme de légers fris-ments, du malaise, qui l'annoncent dans certains cas, mais non dans tous. es tissus présentent plus de mollesse, on trouve une fluctuation qui n'est bien nte que dans le phlegmon rétro-utérin, et seulement lorsqu'il a fait une saillie considérable entre la paroi vaginale et la paroi rectale; puis la tumeur se t et le pus s'écoule au dehors. Dans les cas que nous avons observés, le pus ait jour constamment dans le vagin, lorsqu'il s'agissait du phlegmon rétro-i. Cependant on conçoit que l'abcès puisse s'ouvrir dans le rectum. Dans ce er cas, on observe les phénomènes bien connus qui ont lieu lorsque le pus des mons de la fosse iliaque prend cette voie (1). Dans le premier, la malade sent nent ses parties génitales mouillées tout à coup ; son linge est tachée par le pus u moins lié qui s'écoule; on trouve le vagin et le col baignés par ce liquide, linairement sans pouvoir découvrir l'orifice par lequel il s'écoule, caché qu'il ns les replis du vagin.

ns certains cas, on a donné *issue au pus avec le bistouri*. Nous verrons dans s circonstances il convient d'agir ainsi.

rsque l'inflammation siége à la partie antérieure de l'utérus, le pus peut éga-

(1) Voyez chap. VI, Appendice, *Tumeurs inflammatoires des fosses iliaques*.

lement se frayer une voie par le vagin ; c'est ce que nous avons vu, mais dans des cas où le tissu post-utérin était également enflammé. *Nous ne connaissons pas d'exemple d'ouverture d'un semblable abcès par le bistouri*, ce qui s'explique par le peu de saillie de la tumeur et par la difficulté d'y découvrir la fluctuation.

Dans un cas, nous avons vu l'*abcès s'ouvrir dans la vessie*. Cette ouverture fut annoncée par des envies fréquentes d'uriner, une douleur assez vive à la fin de la miction, et la présence d'une quantité considérable de pus grisâtre diffluent au fond du vase qui contenait l'urine. En outre, ce pus avait une odeur fétide des plus prononcées.

Enfin, on voit quequefois l'*inflammation se propager aux ligaments larges*, et alors l'affection prend des caractères un peu différents, que nous exposerons dans l'article suivant (1).

§ V. — Lésions anatomiques.

L'inflammation péri-utérine ne causant pas la mort par elle-même, on n'a pas pu décrire d'une manière exacte les lésions anatomiques, si parfois l'extension de l'inflammation ou une rupture de l'abcès n'avait pas donné lieu à une péritonite mortelle ou à une autre lésion grave. En pareil cas, on a trouvé dans le décollement de la paroi vaginale et du rectum, ou dans le tissu cellulaire qui unit l'utérus à la vessie, des foyers purulents contenant un pus phlegmoneux ou sanieux, et les diverses ouvertures dans les cavités voisines signalées plus haut.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Phlegmon rétro-utérin. — L'affection avec laquelle il est le plus facile de confondre cette espèce est la *rétroflexion*. Le toucher vaginal donne, en effet, des signes presque identiques. De part et d'autre, on trouve le col en avant, une tumeur qui fait saillie à la partie postérieure et supérieure du vagin, et entre les deux un angle rentrant plus ou moins profond. La consistance de la tumeur dans la rétroflexion est plus grande, il est vrai ; elle aussi moins douloureuse ; mais ce sont là des nuances insuffisantes. Tous les doutes sont promptement levés par l'emploi de la sonde utérine. Elle pénètre, en effet, le bec et la concavité en avant, jusqu'à plus de 6 centimètres ; et la tumeur reste immobile dans les cas de phlegmon rétro-utérin. Quelquefois le phlegmon est tellement volumineux, que l'utérus est dévié à droite ou à gauche. Si donc on éprouve un peu de difficulté à la faire pénétrer directement, il ne faut pas employer la force, mais porter doucement le bec d'un côté ou de l'autre en poussant légèrement ; on la voit bientôt s'avancer vers l'une ou l'autre fosse iliaque.

Nous avons été appelé trois fois pour de prétendues rétroflexions qui n'étaient autre chose que des phlegmons de ce genre, et dans deux cas même, on avait exercé sur la tumeur des pressions excessivement douloureuses pour réduire la déviation. Le moyen d'exploration indiqué a fait promptement reconnaître l'erreur, et l'inflammation a cédé aux moyens de traitement que nous indiquerons plus loin.

Le même moyen de diagnostic suffit pour faire distinguer le phlegmon rétro-

(1) Voyez article III, *Inflammation des ligaments larges*, p. 292.

térin d'une *tumeur dans la paroi postérieure de l'utérus*, d'une *tumeur de ovaire*, etc.

On trouve à l'article consacré à l'*hématocèle rétro-utérine* le diagnostic différen- el de ces deux lésions qui ont beaucoup de symptômes communs.

L'inflammation du *tissu cellulaire situé entre le col et la vessie* pourrait être rise pour une *cystite*. La résistance des tissus dans la partie la plus profonde du ul-de-sac vaginal antérieur, la douleur circonscrite dans ce point, les symptômes astriques et péritonéaux, suffisent pour faire reconnaître l'existence de la pre- nière de ces deux affections.

Pronostic. — Malgré la violence des symptômes, le pronostic n'est pas grave. Il ne pourrait le devenir que si l'affection se propageait à d'autres parties; mais lors on aurait une maladie différente. L'ouverture de l'abcès la plus heureuse st celle qui se fait dans le vagin.

§ VII. — Traitement.

Les *émissions sanguines générales et locales* doivent d'abord être employées ec assez d'énergie. Nous avons mis principalement en usage les *sangsues* et les ntouses *scarifiées*, et toujours nous avons été obligé de revenir plusieurs fois ois ou quatre) à leur application dans les moments d'exacerbation signalés plus ut. Toujours aussi elles ont procuré du calme aux malades.

Le second moyen consiste dans l'application de *très petits vésicatoires volants usés*, matin et soir, avec 0,01 à 0,02 grammes d'un sel de morphine. Nous les sions renouveler dès qu'ils étaient secs. En calmant les douleurs, ils rendaient marche de la maladie plus uniforme. Les bons effets en ont été évidents dans us les cas.

Viennent ensuite les *cataplasmes*, les *demi-bains*, les *injections émollientes et rcotiques*, les *narcotiques à l'intérieur*, la *glace*, l'*eau de Seltz*, la *potion de ivière* dans les cas de vomissement.

Il faut toujours donner un *laxatif* (magnésie, citrate de magnésie, sulfate de ude, etc.) dans les cas fréquents de constipation.

Enfin, la *diète* et le *repos* le plus absolu possible complètent ce traitement bien mple, à l'aide duquel la maladie se termine presque toujours par résolution.

Dans certains cas d'abcès, on a donné issue au pus à l'aide du bistouri. — our qu'on puisse agir ainsi, il faut que la tumeur fasse une assez grande saillie ns le vagin, et qu'on y sente bien la fluctuation.

Quelquefois l'ouverture s'est produite spontanément; mais l'*ouverture trop roite ne permet qu'imparfaitement la sortie du pus;* dans un cas de ce genre, nous a suffi d'agrandir l'ouverture à l'aide d'un bistouri ordinaire; le spéculum valve, dont les deux parties s'écartaient latéralement, permettait de voir la tumeur. vaudrait mieux se servir du bistouri boutonné, si l'on apercevait l'ouverture ontanée, ou bien ne faire qu'une simple ponction qu'on agrandirait ensuite avec bistouri.

Quand le pus coule dans le vagin, il faut multiplier les injections. S'il *s'échappe r le rectum*, on donne chaque jour plusieurs *lavements émollients;* enfin, dans cas où *le pus coulait dans la vessie*, des *injections émollientes dans cet or- ane* ont été fort utiles.

ARTICLE III.

INFLAMMATION DES LIGAMENTS LARGES.

Causes. — C'est surtout après l'accouchement que se produit cette inflam-tion. Cependant nous avons sous les yeux trois cas observés hors de l'état puer-ral et où les malades se trouvaient dans les mêmes conditions que celles que n avons vues présenter une inflammation du tissu péri-utérin.

Les *symptômes* diffèrent en ce qu'il se produit une *tumeur hypogastrique* d loureuse, qui se prolonge vers une fosse iliaque, et quelquefois successivem dans les deux. On la sent très bien par la palpation. Elle est limitée supérie ment par une ligne droite transversale, qu'on apprécie par la *palpation* et la *per-cussion*. Cependant, si la tuméfaction est peu considérable, on la sent diffici ment, et il faut alors avoir recours au *toucher vaginal* et au *palper hypogastri combinés*. En portant le doigt dans le fond du cul-de-sac vaginal sur les côtés l'utérus, on sent entre lui et la main qui palpe une *induration des tissus*, allong plus ou moins épaisse, et douloureuse à la pression. Elle se prolonge de l'utér l'os des iles.

Les autres symptômes sont semblables à ceux de l'inflammation péri-utérine.

Cette inflammation ne se termine pas toujours par suppuration. Nous avons s les yeux trois observations dans lesquelles la tuméfaction s'est peu à peu dissip Quant à la *terminaison* par suppuration, nous la ferons connaître dans l'*appen* au chapitre suivant.

Le *traitement* est le même que celui des autres inflammations péri-utérines.

CHAPITRE VI.

MALADIES DES OVAIRES.

ARTICLE I[er].

OVARITE.

On a distingué l'ovarite en *simple* ou *idiopathique*, en *puerpérale*, qu'on peut, comme Chomel l'a fait pour la métrite, diviser en *puerpérale proprement dit* et en *postpuerpérale*, et enfin en *symptomatique* d'une autre affection. Or il y a une circonstance capitale à considérer : ou bien l'ovarite se termine par résolution, comme cela arrive dans l'ovarite simple, ou bien elle se termine par suppuration. Dans ce dernier cas, il y a un abcès de la fosse iliaque, et il est bien plus impor-tant pour la pratique de ne tenir compte que de cet abcès, en rangeant l'*inflamma-tion de l'ovaire* parmi les causes des lésions de ce genre, que de décrire la maladie tout entière, pour avoir ensuite à y revenir à propos des abcès de la fosse iliaque. *Nous n'avons donc* à nous occuper ici que de la première espèce.

1° OVARITE AIGUE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

eau (1), qui a réuni les observations d'ovarite les plus importantes, n'a
pt cas de ce genre, et encore, en y regardant de près, on ne peut s'em-
conserver des doutes sur quelques-uns d'entre eux. Nous n'en avons
'un seul, dont nous parlerons plus loin. Quant à l'ovarite qui survient
couches, le diagnostic en est si difficile, que quelques auteurs, et en
Lisfranc (*loc. cit.*), ont renoncé à décrire à part l'inflammation de
ont réuni dans leur description cette inflammation à celle des autres
l'utérus.

§ II. — Causes.

es de l'inflammation idiopathique de l'ovaire sont des plus obscures.
a rapporté quelques cas où il a paru que les *efforts de la menstruation*,
els il y a congestion sanguine de l'ovaire, peuvent être suivis d'une
on de l'organe congestionné. Le fait n'a rien d'invraisemblable, mais sa
ion demanderait de nouvelles recherches; car, ainsi que nous le verrons
diagnostic aurait eu besoin d'être mieux précisé qu'il ne l'a été dans
tions rapportées. La *suppression subite des menstrues* aurait le même
ès deux observations citées par M. Chereau (2). M. Copland (3) a si-
ovarite *rhumatismale;* mais rien ne prouve qu'en pareil cas le principe
al fût pour quelque chose dans la production de la maladie. M. Louis (4)
lans plusieurs cas de ces maladies fébriles, un peu de rougeur et de tumé-
ovaires, mais jamais de lésions assez graves pour mériter une description
e.

core cité comme causes de l'ovarite les *coups*, les *chutes*, les *plaies*,
s *aphrodisiaques;* mais on n'a pas rapporté les faits à l'appui.

'ovarite est due à l'*extension de l'inflammation blennorrhagique à un*
le docteur Bourand (5) en a signalé des exemples intéressants.

survient parfois *sans cause appréciable*. C'est ce que nous avons con-
ne femme de plus de soixante ans, chez laquelle, comme on le verra
'existence d'une ovarite n'a pas été douteuse.

monde sait que *dans le cours d'une fièvre puerpérale*, l'ovaire peut
r; mais, en pareil cas, c'est une affection secondaire. *Quelque temps*
ouchement, cet organe peut également être pris d'une inflammation qui
par résolution ou par suppuration. Le second cas nous occupe seul ici.
lie dont il s'agit se produit principalement pendant la grande période de
tion; cependant le fait que nous venons de citer prouve que cette règle
ns exception.

ire pour servir à l'étude des maladies des ovaires. Paris, 1844.
it., p. 131.
al médico-chirurgical. London, 1830.
rches sur la fièvre typhoïde, 2ᵉ édit. Paris, 1841, 2 volumes in-8.
Paris, 1847.

§ III. — Symptômes.

Dans tous les cas cités, il y a eu une *douleur spontanée* assez vive, et sur une *douleur violente sous la pression;* c'est au point qu'un attouchement un p fort sur la région iliaque malade est tout à fait insupportable. La douleur spon née peut s'irradier dans les lombes et même dans les cuisses; elle est parfois pul tive. Les mouvements du membre inférieur causent de la douleur dans la part malade, et le membre reste immobile et à demi fléchi.

Une *tumeur*, dont les auteurs comparent généralement le volume à celui d' œuf de poule, mais qui peut, comme nous l'avons vu, être plus considérable commencement de la maladie, se montre dans une fosse iliaque, bien rarement d les deux à la fois. La position de cette tumeur n'a pas été indiquée d'une mani bien précise par les auteurs. Dans les faits cités par M. Chereau, il est dit que tumeur était *mobile*, et dans quelques-uns seulement, qu'elle pouvait être limit de manière à faire reconnaître la forme de l'ovaire tuméfié. Voici ce que no avons vu dans le cas soumis à notre observation. Les deux premiers jours, nous av trouvé dans la fosse iliaque droite une tumeur qui avait 6 ou 7 centimètres de d mètre, et qui occupait cette région de manière qu'il n'y avait aucun interv entre elle et l'os iliaque correspondant. La tumeur était immobile, et nous crû à la formation d'un phlegmon de la fosse iliaque non encore suppuré; puis la tu meur se limita, un intervalle souple existait entre elle et l'os iliaque, et l'on se tait une dureté ovoïde parfaitement limitée. Les jours suivants, la tumeur dimi rapidement de volume, de sorte qu'en dix ou douze jours elle avait complètem disparu, sans évacuation d'aucune espèce. Dans une observation due à M. Hariso de Louisville (1), il est dit que la tumeur était située au-dessous de la protubéran du sacrum, ce qui nous paraît difficile à comprendre.

Le *toucher par le rectum* peut être utile pour constater la position de la tumeur mais nous ne trouvons pas de renseignements suffisants sur ce point.

La tumeur est *résistante;* elle donne un son mat à la *percussion*, qui doit être pratiquée légèrement dans les premiers temps, à cause de la douleur vive qu'elle occasionne.

Dans les cas où la maladie survient après les couches, les symptômes locaux sont les mêmes d'abord; il n'y a, en effet, rien de particulier sous ce rapport, que l terminaison par suppuration dans certains cas.

Les autres symptômes locaux signalés par quelques auteurs étaient dus à de lésions des organes voisins, et appartenaient par conséquent à des complication dont nous ne devons pas nous occuper ici.

Les *symptômes généraux* sont très variables suivant les cas. Si la maladie e survenue spontanément, elle peut ne déterminer qu'un simple *malaise* et un mou vement fébrile insignifiant. Dans les cas où elle vient pendant une menstruati difficile, il y a les signes de la *dysménorrhée*, et de plus un mouvement fébri assez prononcé. C'est ce qui avait lieu chez les malades observées par M. Chereau la fièvre, avec *brisement des membres*, *céphalalgie*, *soif*, *troubles digestifs*, a compagnait les ovarites survenues à la suite d'une suppression des règles. Enf

(1) *The American Journ. of the med. sciences*, 1835.

que l'ovarite qui se manifeste pendant les couches détermine un mou-
rile semblable à celui que produit la métrite. Dans tous ces cas, une
n opiniâtre peut être le résultat de la compression exercée sur l'intestin
eur, lorsqu'elle est considérable.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

he de la maladie est continue. Sa durée est d'un ou deux septénaires
se termine par résolution ; dans le cas contraire, il se forme un *abcès*,
nous occuperons plus loin. La *terminaison* par abcès, qui n'a jamais eu
es cas d'ovarite idiopathique, ne serait pas, suivant quelques auteurs, la
outer, et l'on aurait encore à craindre de voir l'ovaire *se gangrener ;*
a pas cité de cas d'ovarite simple se terminant ainsi.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

e principal qui sert à faire distinguer cette affection, avant la suppuration,
mon de la fosse iliaque, est la forme de la tumeur, qui est ovoïde et
e ; mais ce signe ne se montre pas toujours. Le signe consistant dans un
ntre la tumeur et l'os iliaque est très important. On ne l'observe ja-
les abcès ; cet intervalle n'a été sensible qu'au bout de quelques jours.
it toujours ainsi, il nous paraîtrait bien difficile de distinguer, avant
ue, l'ovarite du phlegmon de la fosse iliaque. Il ne faudra pas oublier
rectal, qui peut faire apprécier la forme de la tumeur, alors qu'elle
facilement perçue à travers la paroi abdominale.
ostic est peu grave lorsque l'affection s'est développée hors de l'époque
s. Dans le cas contraire, on a à redouter la suppuration, dont nous ferons
plus loin le danger.

§ VI. — Traitement.

née, des *sangsues* en plus ou moins grand nombre, suivant la force des
t surtout suivant l'intensité des phénomènes locaux et généraux ; les
, quelques *narcotiques ;* la *diète*, le *repos ;* des *purgatifs* peu violents
re la constipation : tels sont les seuls moyens qu'on ait mis en usage, et
nt montrés suffisants dans les cas d'ovarite simple. On conseille, si la réso-
it attendre, d'avoir recours aux *frictions mercurielles*, aux médica-
elés *fondants*, etc. ; mais nous n'avons pas de bonnes observations qui
it connaître les cas de ce genre.

2° OVARITE CHRONIQUE.

urs qui regardent les diverses dégénérescences de l'ovaire comme de
ces d'une ovarite chronique ont nécessairement considéré cette maladie
es fréquente ; mais rien ne prouve que leur opinion soit fondée, dans le
nombre des cas du moins.
vations manquent pour tracer l'histoire de cette maladie, à laquelle on

attribue pour *symptômes* une douleur sourde, avec tuméfaction plus ou moins considérable d'un ovaire ou des deux à la fois.

ARTICLE II.

KYSTES DES OVAIRES. HYDROPISIE ENKYSTÉE.

Les divers kystes des ovaires doivent être rangés parmi les maladies qui intéressent plus la chirurgie que la médecine. Nous ne mentionnerons dans cet article que ce qui rentre plus spécialement dans notre sujet.

1° KYSTES PILEUX.

Ces tumeurs n'ont pas d'intérêt pratique réel ; elles n'acquièrent, en effet, quelque importance que lorsqu'elles s'enflamment, et alors il en résulte des abcès qui réclament l'intervention de la chirurgie (1).

Ces kystes sont divisés en trois ordres par M. Velpeau (2), qui en a tracé une histoire intéressante. Dans le premier il range ceux qui paraissent dépendre de la même cause qui a produit l'organisme qui les contient ; dans le *second* se rangent ceux qui sont le produit d'une fécondation incomplète ; et dans le *troisième* se classent ceux dans lesquels les productions morbides (graisse, poils, dents) paraissent des productions du sac qui les renferme.

Les produits qu'on rencontre dans ces kystes sont, dans l'ordre de fréquence : des poils, des dents, de la graisse qui les enveloppe, des fragments d'os, des lambeaux ayant l'aspect du tissu musculaire, de la peau, etc.

Ces kystes forment des tumeurs *indolentes*, à moins d'accidents particuliers, occupant une étendue assez considérable de la partie inférieure de l'abdomen, offrant une dureté assez grande, mais ordinairement différente dans les divers points, donnant un son mat à la percussion, et ayant leur racine dans une des fosses iliaques.

Les femmes n'en éprouvent ordinairement aucune incommodité ; mais ces tumeurs peuvent s'enflammer, et de là des *abcès* qui se sont vidés au dehors, dans l'intestin, dans le vagin, etc. Les débris de matière organisée qui s'échappent alors font reconnaître la nature de la tumeur.

2° KYSTES SÉREUX, OU HYDROPISIE ENKYSTÉE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *kystes de l'ovaire*, ou *hydropisie enkystée*, à une affection dans laquelle cet organe renferme, dans une ou plusieurs poches dont il est creusé, un liquide quelconque. Cette définition prouve déjà qu'il ne s'agit pas ici d'une hydropisie ordinaire ; car le liquide contenu dans les kystes n'est pas, à beaucoup près, toujours séreux.

L'hydropisie de l'ovaire n'est pas une maladie rare, sans toutefois pouvoir être rangée parmi les affections chroniques qu'on rencontre fréquemment.

(1) Voyez Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XVIII° livraison, in-folio pl. color.

(2) *Dictionnaire de médecine*, t. XXII, p. 581.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les *causes prédisposantes*, on a rangé l'*âge* de vingt à quarante-cinq ans; is nous n'avons pas à ce sujet de relevés de faits concluants. On dit aussi qu'une :onstance qui favorise beaucoup sa production est *une ou plusieurs grossesses érieures* et le *rapprochement des sexes* (Lisfranc). Mais qui ne voit que, pour blir l'existence de ces causes, il faudrait pouvoir se fonder sur des chiffres extrêment nombreux? Qu'y a-t-il, en effet, de surprenant que la maladie se montre ›lus souvent dans les circonstances où presque toutes les femmes se trouvent cées? Rien ne prouve mieux la légèreté avec laquelle ces questions ont été étues, que de semblables propositions dont la naïveté est presque incroyable. Suiit Meckel, l'ovaire gauche serait plus fréquemment affecté que le droit; mais il ulte d'un relevé de faits présentés par le docteur Bloff (1), que, dans 54 cas, raire droit a été affecté 31 fois et l'ovaire gauche 23 fois seulement. Sans doute erait bon d'avoir un plus grand nombre de faits; mais ceux qu'a rassemblés Bloff démontrent que l'assertion de Meckel aurait besoin de preuves.

2° Causes occasionnelles.

Les *causes occasionnelles* sont, suivant les auteurs, les *violences extérieures*, *excès vénériens*, et tout ce qui peut occasionner l'*inflammation* des organes nitaux; mais rien n'est moins prouvé que l'exactitude de ces assertions.

3° Conditions organiques.

L'opinion la plus générale est que les kystes de l'ovaire sont le résultat de la dission et de la dégénération d'une ou de plusieurs *vésicules ovariques*. Suivant ılpech, et, après lui, M. Cruveilhier (2), certains kystes multiloculaires constieraient une forme de cancer à laquelle le dernier de ces auteurs, qui regarde ffection comme une altération des extrémités veineuses, a donné le nom de *canr aréolaire*.

§ III. — Lésions anatomiques (3).

Le tissu de l'ovaire est hypertrophié, dénaturé, le plus souvent endurci. Dans s cas de kyste uniloculaire volumineux, il peut avoir complétement disparu, et n ne trouve plus qu'une poche à parois minces et membraneuses. Dans les cas kystes multiloculaires, ce tissu forme des cloisons incomplètes plus ou moins aisses; et dans les cas de kystes multiples, le tissu altéré, parfois évidemment ncéreux, sépare les cavités par des cloisons complètes dont l'épaisseur est aussi ès variable.

Les cavités des kystes ont une capacité extrêmement variable; on en a trouvé qui admettaient pas le petit doigt, et d'autres qui pouvaient contenir jusqu'à 50 kilo-

(1) Journal *l'Expérience*, t. I.
(2) *Anatomie pathologique du corps humain*, t. II, livr. XXV, *Maladies de l'ovaire.*
(3) Consultez, à ce sujet : *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire*, par L.-J. Bauchet. *lémoire de l'Acad. de médecine.* Paris, 1859, in-4°, t. XXIII, p. 19 et suiv.).

grammes de liquide, et plus encore. Les kystes uniloculaires sont en général les plus grands. Les parois des kystes sont ordinairement lisses à l'intérieur.

Ces poches contiennent une matière qui varie suivant les cas, sous tous les rapports. C'est un liquide transparent, blanc et coulant comme de l'eau ; une sérosité citrine ; un liquide lactescent ; ou bien un liquide épais, gélatineux, couleur de café ou de chocolat ; ou encore une matière demi-liquide semblable à du miel, à de la colle, à du suif, à de la graisse, etc. La quantité de cette matière est en rapport, non avec le volume de la tumeur, mais avec la capacité des kystes. On a extrait quelquefois, par la ponction, jusqu'à 50 et 60 kilogrammes de sérosité. Parfois ces kystes contiennent quelques gaz, ce qui est dû à la décomposition de la matière qu'ils renferment.

On trouve des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, ainsi que les résultats de la compression des organes et des accidents précédemment mentionnés.

§ IV. — Symptômes.

Début. — Le début des kystes de l'ovaire est toujours *latent*. Ce n'est que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume assez considérable, qu'elle donne lieu à certains phénomènes et à certains signes qui en font reconnaître l'existence. Cette remarque prouve déjà combien on est peu fondé à attribuer la maladie à une inflammation, quelque faible qu'on la suppose ; car s'il en était ainsi, on la verrait, au moins quelquefois, occasionner des accidents assez notables dès son début.

Symptômes. — Il est rare que ces kystes des ovaires causent de la *douleur* : cependant la chose n'est pas impossible. Nous avons vu une jeune femme qui, portant un kyste de l'ovaire droit, gros comme la tête d'un fœtus, éprouvait, dans la fosse iliaque et le flanc de ce côté, des douleurs extrêmement vives, qui toutefois n'étaient pas continues, et se dissipaient après deux ou trois jours de durée, pour se reproduire après un espace de temps plus ou moins considérable.

Ordinairement les malades n'éprouvent d'abord qu'un peu de *pesanteur* dans la région affectée, et souvent c'est par hasard qu'elles découvrent la tumeur qu'elles ont dans l'abdomen. Lorsque la tumeur devient très considérable, l'abdomen peut être un peu douloureux. Il est quelques sujets qui ont des tiraillements dans les lombes, les aines et les cuisses. S'il survient une inflammation dans la tumeur ou dans une partie voisine, la douleur est vive ; mais elle est due alors à un accident qui arrive assez rarement.

La *pression*, la *percussion*, les *grands mouvements* et la *fatigue* causent ordinairement un peu de douleur dans la région occupée par la tumeur, mais ce n'est presque toujours que lorsque celle-ci est assez volumineuse pour distendre l'abdomen.

La *palpation* exercée sur le ventre ne fournit quelques renseignements que lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Alors on trouve cette tumeur de forme plus ou moins bien arrondie, et présentant des caractères différents suivant son volume. *Est-elle encore d'un volume médiocre*, ne dépasse-t-elle pas, par exemple, le volume de la tête d'un fœtus, on la sent très bien circonscrite dans un des côtés de l'abdomen, et la main, pressant fortement par son bord cubital sur la paroi antérieure de cette cavité, peut la saisir du côté de l'ombilic, où l'on trouve son

l globuleux. Mais il ne faut pas se contenter de cette exploration, on doit suivre uméfaction jusque dans la fosse iliaque, où l'on peut s'assurer que se trouve sa ite, ce qui est très important pour le diagnostic. *Si, au contraire, la tumeur d'un très grand volume*, si elle distend fortement la paroi abdominale, il est s difficile de la circonscrire ; cependant, avec un peu d'attention, on parvient, s presque tous les cas, à trouver un côté de l'abdomen plus tendu, plus dur, ; résistant que l'autre, et à s'assurer qu'une des deux fosses iliaques est souple, lis que l'autre, où la tumeur prend sa racine, est très résistante.

ıu reste, la *percussion*, en pareil cas, vient en aide à la palpation. M. Rostan (1) ıté un signe important. Dans l'hydropisie de l'ovaire, en effet, les intestins sont ulés du côté opposé à la tumeur, et donnent dans ce côté du ventre un son ·, tandis que le côté opposé est mat. Si l'on pratique la percussion avec soin, on ıve dans la fosse iliaque, où la tumeur a pris naissance, une matité marquée, lis que la fosse iliaque du côté opposé est sonore ; puis, en cherchant la limite érieure de la matité, on s'assure que la ligne qui la sépare du son clair des stins est une ligne courbe dont la convexité est tournée en haut, et qui, venant erdre dans le côté occupé par la tumeur, laisse l'autre libre dans une plus ou ns grande étendue. Lorsque la tumeur est excessivement considérable, ces si- s sont moins faciles à reconnaître ; mais on s'assure alors que les intestins ont refoulés vers un point latéral de l'abdomen, et de plus, en faisant varier la po- ın de la malade, *on ne voit pas survenir de changement de niveau du liquide*, ıu'il est toujours très important de constater.

.es signes sont également beaucoup plus obscurs lorsque la maladie occupe les x ovaires. Mais dans ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents, à beaucoup s, quoique la plupart des auteurs aient avancé que lorsque l'affection occupe . des ovaires, elle ne tarde pas à envahir l'autre, la *palpation* et la *percussion* ent d'autres ressources, car les deux tumeurs ne sont jamais d'égal volume, ın constatant l'irrégularité très grande de la tuméfaction qu'elles occasionnent, a un signe très important pour le diagnostic.

La simple *inspection* de l'abdomen est souvent très utile pour faire reconnaître nature de la maladie. Le ventre est en effet fréquemment déformé, le côté oc- ıé par la tumeur étant plus saillant que l'autre.

On a indiqué, comme pouvant être de quelque utilité, le *toucher vaginal*, et s encore le *toucher rectal*. Mais le premier sert uniquement à faire constater la tuméfaction n'est pas due à l'augmentation de volume de l'utérus, et quant second, nous n'avons pas trouvé de faits où il y ait été employé avec quelque lité.

Les kystes des ovaires peuvent exister pendant de longues années et prendre un roissement considérable sans qu'il en résulte aucune altération de la santé. Ce- ıdant, si l'on consulte les faits, on voit qu'il est assez ordinaire d'observer des *ubles de la menstruation*, et en particulier l'*aménorrhée* et la *dysménorrhée*. On a aussi cité un certain nombre de cas dans lesquels, à ces troubles de la nstruation, se joignaient, dans les premiers temps de la maladie, des *signes de*

(1) *Mémoire sur un moyen de distinguer l'hydrocèle enkystée* de l'ascite (Nouv. journ. d ., *t. III, et Traité du diagnostic).*

§ III. — Symptômes.

Dans tous les cas cités, il y a eu une *douleur spontanée* assez vive, et surtout une *douleur violente sous la pression;* c'est au point qu'un attouchement un peu fort sur la région iliaque malade est tout à fait insupportable. La douleur spontanée peut s'irradier dans les lombes et même dans les cuisses; elle est parfois pulsative. Les mouvements du membre inférieur causent de la douleur dans la partie malade, et le membre reste immobile et à demi fléchi.

Une *tumeur*, dont les auteurs comparent généralement le volume à celui d'un œuf de poule, mais qui peut, comme nous l'avons vu, être plus considérable au commencement de la maladie, se montre dans une fosse iliaque, bien rarement dans les deux à la fois. La position de cette tumeur n'a pas été indiquée d'une manière bien précise par les auteurs. Dans les faits cités par M. Chereau, il est dit que la tumeur était *mobile*, et dans quelques-uns seulement, qu'elle pouvait être limitée de manière à faire reconnaître la forme de l'ovaire tuméfié. Voici ce que nous avons vu dans le cas soumis à notre observation. Les deux premiers jours, nous avons trouvé dans la fosse iliaque droite une tumeur qui avait 6 ou 7 centimètres de diamètre, et qui occupait cette région de manière qu'il n'y avait aucun intervalle entre elle et l'os iliaque correspondant. La tumeur était immobile, et nous crûmes à la formation d'un phlegmon de la fosse iliaque non encore suppuré; puis la tumeur se limita, un intervalle souple existait entre elle et l'os iliaque, et l'on sentait une dureté ovoïde parfaitement limitée. Les jours suivants, la tumeur diminua rapidement de volume, de sorte qu'en dix ou douze jours elle avait complétement disparu, sans évacuation d'aucune espèce. Dans une observation due à M. Harisson de Louisville (1), il est dit que la tumeur était située au-dessous de la protubérance du sacrum, ce qui nous paraît difficile à comprendre.

Le *toucher par le rectum* peut être utile pour constater la position de la tumeur; mais nous ne trouvons pas de renseignements suffisants sur ce point.

La tumeur est *résistante;* elle donne un son mat à la *percussion*, qui doit être pratiquée légèrement dans les premiers temps, à cause de la douleur vive qu'elle occasionne.

Dans les cas où la maladie survient après les couches, les symptômes locaux sont les mêmes d'abord; il n'y a, en effet, rien de particulier sous ce rapport, que la terminaison par suppuration dans certains cas.

Les autres symptômes locaux signalés par quelques auteurs étaient dus à des lésions des organes voisins, et appartenaient par conséquent à des complications dont nous ne devons pas nous occuper ici.

Les *symptômes généraux* sont très variables suivant les cas. Si la maladie est survenue spontanément, elle peut ne déterminer qu'un simple *malaise* et un mouvement fébrile insignifiant. Dans les cas où elle vient pendant une menstruation difficile, il y a les signes de la *dysménorrhée*, et de plus un mouv[illegible] assez prononcé. C'est ce qui avait lieu chez les malades observées [illegible] la fièvre, avec *brisement des membres, céphalalgie, soif, trou*[illegible] compagnait les ovarites survenues à la suite d'une [illegible]

(1) *The American Journ. of the* [illegible]

ait que l'ovarite qui se manifeste pendant les couches détermine un mou- fébrile semblable à celui que produit la métrite. Dans tous ces cas, une *tion* opiniâtre peut être le résultat de la compression exercée sur l'intestin meur, lorsqu'elle est considérable.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

arche de la maladie est continue. Sa durée est d'un ou deux septénaires lle se termine par résolution ; dans le cas contraire, il se forme un *abcès*, ıs nous occuperons plus loin. La *terminaison* par abcès, qui n'a jamais eu s les cas d'ovarite idiopathique, ne serait pas, suivant quelques auteurs, la redouter, et l'on aurait encore à craindre de voir l'ovaire *se gangrener ;* n'a pas cité de cas d'ovarite simple se terminant ainsi.

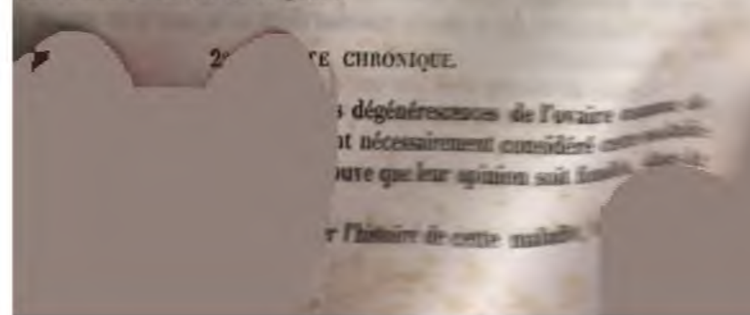
§ V. — Diagnostic, pronostic.

ne principal qui sert à faire distinguer cette affection, avant la suppuration, *legmon de la fosse iliaque*, est la forme de la tumeur, qui est ovoïde et rite ; mais ce signe ne se montre pas toujours. Le signe consistant dans un e entre la tumeur et l'os iliaque est très important. On ne l'observe ja- s les abcès ; cet intervalle n'a été sensible qu'au bout de quelques jours. tait toujours ainsi, il nous paraîtrait bien difficile de distinguer, avant oque, l'ovarite du phlegmon de la fosse iliaque. Il ne faudra pas oublier r rectal, qui peut faire apprécier la forme de la tumeur, alors qu'elle s facilement perçue à travers la paroi abdominale.

nostic est peu grave lorsque l'affection s'est développée hors de l'époque hes. Dans le cas contraire, on a à redouter la suppuration, dont nous ferons e plus loin le danger.

§ VI. — Traitement.

ignée, des *sangsues* en plus ou moins grand nombre, suivant la force des et surtout suivant l'intensité des phénomènes locaux et généraux ; les *ts*, quelques *narcotiques ;* la *diète*, le *repos ;* des *purgatifs* peu violents icre la constipation : tels sont les seuls moyens qu'on ait mis en usage, et ient montrés suffisants dans les cas d'ovarite simple. On conseille, si la réso- fait attendre, d'avoir recours aux *frictions mercurielles*, aux médica- pelés *fondants*, etc. ; mais nous n'avons pas de bonnes observations qui ent connaître les cas de ce genre.



attribue pour *symptômes* une douleur sourde, avec tuméfaction plus ou moins considérable d'un ovaire ou des deux à la fois.

ARTICLE II.

KYSTES DES OVAIRES. HYDROPISIE ENKYSTÉE.

Les divers kystes des ovaires doivent être rangés parmi les maladies qui intéressent plus la chirurgie que la médecine. Nous ne mentionnerons dans cet article que ce qui rentre plus spécialement dans notre sujet.

1° KYSTES PILEUX.

Ces tumeurs n'ont pas d'intérêt pratique réel ; elles n'acquièrent, en effet, quelque importance que lorsqu'elles s'enflamment, et alors il en résulte des abcès qui réclament l'intervention de la chirurgie (1).

Ces kystes sont divisés en trois ordres par M. Velpeau (2), qui en a tracé une histoire intéressante. Dans le premier il range ceux qui paraissent dépendre de la même cause qui a produit l'organisme qui les contient ; dans le *second* se rangent ceux qui sont le produit d'une fécondation incomplète ; et dans le *troisième* se classent ceux dans lesquels les productions morbides (graisse, poils, dents) paraissent des productions du sac qui les renferme.

Les produits qu'on rencontre dans ces kystes sont, dans l'ordre de fréquence : des poils, des dents, de la graisse qui les enveloppe, des fragments d'os, des lambeaux ayant l'aspect du tissu musculaire, de la peau, etc.

Ces kystes forment des tumeurs *indolentes*, à moins d'accidents particuliers, occupant une étendue assez considérable de la partie inférieure de l'abdomen, offrant une dureté assez grande, mais ordinairement différente dans les divers points, donnant un son mat à la percussion, et ayant leur racine dans une des fosses iliaques.

Les femmes n'en éprouvent ordinairement aucune incommodité ; mais ces tumeurs peuvent s'enflammer, et de là des *abcès* qui se sont vidés au dehors, dans l'intestin, dans le vagin, etc. Les débris de matière organisée qui s'échappent alors font reconnaître la nature de la tumeur.

2° KYSTES SÉREUX, OU HYDROPISIE ENKYSTÉE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *kystes de l'ovaire*, ou *hydropisie enkystée*, à une affection dans laquelle cet organe renferme, dans une ou plusieurs poches dont il est creusé, un liquide quelconque. Cette définition prouve déjà qu'il ne s'agit pas ici d'une hydropisie ordinaire ; car le liquide contenu dans les kystes n'est pas, à beaucoup près, toujours séreux.

L'hydropisie de l'ovaire n'est pas une maladie rare, sans toutefois pouvoir être rangée parmi les affections chroniques qu'on rencontre fréquemment.

(1) Voyez Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XVIII° livraison, in-folio pl. color.

(2) *Dictionnaire de médecine*, t. XXII, p. 581.

[redacted]

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les *causes prédisposantes*, on a rangé l'*âge* de vingt à quarante-cinq ans; mais nous n'avons pas à ce sujet de relevés de faits concluants. On dit aussi qu'une circonstance qui favorise beaucoup sa production est *une ou plusieurs grossesses antérieures* et le *rapprochement des sexes* (Lisfranc). Mais qui ne voit que, pour établir l'existence de ces causes, il faudrait pouvoir se fonder sur des chiffres extrêmement nombreux? Qu'y a-t-il, en effet, de surprenant que la maladie se montre le plus souvent dans les circonstances où presque toutes les femmes se trouvent placées? Rien ne prouve mieux la légèreté avec laquelle ces questions ont été étudiées, que de semblables propositions dont la naïveté est presque incroyable. Suivant Meckel, l'ovaire gauche serait plus fréquemment affecté que le droit; mais il résulte d'un relevé de faits présentés par le docteur Bloff (1), que, dans 54 cas, l'ovaire droit a été affecté 31 fois et l'ovaire gauche 23 fois seulement. Sans doute il serait bon d'avoir un plus grand nombre de faits; mais ceux qu'a rassemblés M. Bloff démontrent que l'assertion de Meckel aurait besoin de preuves.

2° Causes occasionnelles.

Les *causes occasionnelles* sont, suivant les auteurs, les *violences extérieures*, les *excès vénériens*, et tout ce qui peut occasionner l'*inflammation* des organes génitaux; mais rien n'est moins prouvé que l'exactitude de ces assertions.

3° Conditions organiques.

L'opinion la plus générale est que les kystes de l'ovaire sont le résultat de la distension et de la dégénération d'une ou de plusieurs *vésicules ovariques*. Suivant Delpech, et, après lui, M. Cruveilhier (2), certains kystes multiloculaires constitueraient une forme de cancer à laquelle le dernier de ces auteurs, qui regarde l'affection comme une altération des extrémités veineuses, a donné le nom de *cancer aréolaire*.

§ III. — Lésions anatomiques (3).

Le tissu de l'ovaire est hypertrophié, dénaturé, le plus souvent endurci. Dans les cas de kyste uniloculaire volumineux, il peut avoir complétement disparu, et l'on ne trouve plus qu'une poche à parois minces et membraneuses. Dans les cas de kystes multiloculaires, ce tissu forme des cloisons incomplètes plus ou moins épaisses; et dans les cas de kystes multiples, le tissu altéré, parfois évidemment cancéreux, sépare les cavités par des cloisons complètes dont l'épaisseur est aussi très variable.

Les cavités des kystes ont une capacité extrêmement variable; on en a trouvé qui n'admettaient pas le petit doigt, et d'autres qui pouvaient contenir jusqu'à 50 kilo-

(1) Journal *l'Expérience*, t. I.
(2) *Anatomie pathologique du corps humain*, t. II, livr. XXV, *Maladies de l'ovaire*.
(3) Consultez, *à ce sujet : Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire*, par L.-J. Bauchet (*Mémoire de l'Acad. de médecine*. Paris, 1859, in-4°, t. XXIII, p. 19 et suiv.).

[redacted]

grammes de liquide, et plus encore. Les kystes uniloculaires sont en général les plus grands. Les parois des kystes sont ordinairement lisses à l'intérieur.

Ces poches contiennent une matière qui varie suivant les cas, sous tous les rapports. C'est un liquide transparent, blanc et coulant comme de l'eau ; une sérosité citrine ; un liquide lactescent ; ou bien un liquide épais, gélatineux, couleur de café ou de chocolat ; ou encore une matière demi-liquide semblable à du miel, à de la colle, à du suif, à de la graisse, etc. La quantité de cette matière est en rapport, non avec le volume de la tumeur, mais avec la capacité des kystes. On a extrait quelquefois, par la ponction, jusqu'à 50 et 60 kilogrammes de sérosité. Parfois ces kystes contiennent quelques gaz, ce qui est dû à la décomposition de la matière qu'ils renferment.

On trouve des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, ainsi que les résultats de la compression des organes et des accidents précédemment mentionnés.

§ IV. — Symptômes.

Début. — Le début des kystes de l'ovaire est toujours *latent*. Ce n'est que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume assez considérable, qu'elle donne lieu à certains phénomènes et à certains signes qui en font reconnaître l'existence. Cette remarque prouve déjà combien on est peu fondé à attribuer la maladie à une inflammation, quelque faible qu'on la suppose ; car s'il en était ainsi, on la verrait, au moins quelquefois, occasionner des accidents assez notables dès son début.

Symptômes. — Il est rare que ces kystes des ovaires causent de la *douleur* : cependant la chose n'est pas impossible. Nous avons vu une jeune femme qui, portant un kyste de l'ovaire droit, gros comme la tête d'un fœtus, éprouvait, dans la fosse iliaque et le flanc de ce côté, des douleurs extrêmement vives, qui toutefois n'étaient pas continues, et se dissipaient après deux ou trois jours de durée, pour se reproduire après un espace de temps plus ou moins considérable.

Ordinairement les malades n'éprouvent d'abord qu'un peu de *pesanteur* dans la région affectée, et souvent c'est par hasard qu'elles découvrent la tumeur qu'elles ont dans l'abdomen. Lorsque la tumeur devient très considérable, l'abdomen peut être un peu douloureux. Il est quelques sujets qui ont des tiraillements dans les lombes, les aines et les cuisses. S'il survient une inflammation dans la tumeur ou dans une partie voisine, la douleur est vive ; mais elle est due alors à un accident qui arrive assez rarement.

La *pression*, la *percussion*, les *grands mouvements* et la *fatigue* causent ordinairement un peu de douleur dans la région occupée par la tumeur, mais ce n'est presque toujours que lorsque celle-ci est assez volumineuse pour distendre l'abdomen.

La *palpation* exercée sur le ventre ne fournit quelques renseignements que lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Alors on trouve cette tumeur de forme plus ou moins bien arrondie, et présentant des caractères différents suivant son volume. *Est-elle encore d'un volume médiocre*, ne dépasse-t-elle pas, par exemple, le volume de la tête d'un fœtus, on la sent très bien circonscrite dans un des *côtés de l'abdomen*, et la main, pressant fortement par son bord cubital sur la *paroi antérieure de cette cavité*, peut la saisir du côté de l'ombilic, où l'on trouve un

d globuleux. Mais il ne faut pas se contenter de cette exploration, on doit suivre uméfaction jusque dans la fosse iliaque, où l'on peut s'assurer que se trouve sa ite, ce qui est très important pour le diagnostic. *Si, au contraire, la tumeur d'un très grand volume*, si elle distend fortement la paroi abdominale, il est s difficile de la circonscrire ; cependant, avec un peu d'attention, on parvient, ıs presque tous les cas, à trouver un côté de l'abdomen plus tendu, plus dur, s résistant que l'autre, et à s'assurer qu'une des deux fosses iliaques est souple, dis que l'autre, où la tumeur prend sa racine, est très résistante.

Au reste, la *percussion*, en pareil cas, vient en aide à la palpation. M. Rostan (1) oté un signe important. Dans l'hydropisie de l'ovaire, en effet, les intestins sont oulés du côté opposé à la tumeur, et donnent dans ce côté du ventre un son ir, tandis que le côté opposé est mat. Si l'on pratique la percussion avec soin, on uve dans la fosse iliaque, où la tumeur a pris naissance, une matité marquée, dis que la fosse iliaque du côté opposé est sonore ; puis, en cherchant la limite érieure de la matité, on s'assure que la ligne qui la sépare du son clair des stins est une ligne courbe dont la convexité est tournée en haut, et qui, venant erdre dans le côté occupé par la tumeur, laisse l'autre libre dans une plus ou ins grande étendue. Lorsque la tumeur est excessivement considérable, ces si-s sont moins faciles à reconnaître ; mais on s'assure alors que les intestins ont refoulés vers un point latéral de l'abdomen, et de plus, en faisant varier la po-n de la malade, *on ne voit pas survenir de changement de niveau du liquide*, u'il est toujours très important de constater.

es signes sont également beaucoup plus obscurs lorsque la maladie occupe les x ovaires. Mais dans ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents, à beaucoup , quoique la plupart des auteurs aient avancé que lorsque l'affection occupe. des ovaires, elle ne tarde pas à envahir l'autre, la *palpation* et la *percussion* ent d'autres ressources, car les deux tumeurs ne sont jamais d'égal volume, n constatant l'irrégularité très grande de la tuméfaction qu'elles occasionnent, a un signe très important pour le diagnostic.

La simple *inspection* de l'abdomen est souvent très utile pour faire reconnaître nature de la maladie. Le ventre est en effet fréquemment déformé, le côté oc-é par la tumeur étant plus saillant que l'autre.

On a indiqué, comme pouvant être de quelque utilité, le *toucher vaginal*, et ıs encore le *toucher rectal*. Mais le premier sert uniquement à faire constater e la tuméfaction n'est pas due à l'augmentation de volume de l'utérus, et quant second, nous n'avons pas trouvé de faits où il y ait été employé avec quelque lité.

Les kystes des ovaires peuvent exister pendant de longues années et prendre un roissement considérable sans qu'il en résulte aucune altération de la santé. Ce-dant, si l'on consulte les faits, on voit qu'il est assez ordinaire d'observer des *ubles de la menstruation*, et en particulier l'*aménorrhée* et la *dysménorrhée*. On a aussi cité un certain nombre de cas dans lesquels, à ces troubles de la nstruation, se joignaient, dans les premiers temps de la maladie, des *signes de*

(1) *Mémoire sur un moyen de distinguer l'hydrocèle enkystée de l'ascite* (Nouv. journ. de d., t. III, et *Traité du diagnostic*).

[redacted]

grossesse qui faisaient croire à une véritable conception : ainsi des *altérations de l'appétit*, des *vomissements*, le *gonflement des seins*. Mais ces signes se dissipent au bout de peu de temps dans la grande majorité des cas, et le développement de la tumeur n'étant pas régulier comme celui de la matrice dans la grossesse, l'erreur est ordinairement assez promptement dissipée. Nous verrons cependant, en parlant du diagnostic, qu'il est des cas où l'on a pu se tromper complétement.

La compression qu'exerce la tumeur sur l'intestin, surtout lorsqu'elle est située à gauche, produit ordinairement une *constipation* opiniâtre. Parfois aussi, par son action sur la vessie, elle détermine de fréquentes envies d'uriner et même la *dysurie*.

Ces symptômes sont ceux que l'on observe lorsque la tumeur ovarique n'a qu'un développement médiocre; mais si son volume est assez considérable pour que l'abdomen soit considérablement distendu, on en observe d'autres qui sont dus à la compression des divers organes. Les intestins étant refoulés, l'estomac ne pouvant se dilater, il en résulte des *troubles marqués de la digestion*. Le refoulement des viscères abdominaux se fait sentir sur le diaphragme, qui ne se contracte que très incomplétement; les poumons ne peuvent plus se dilater suffisamment, et de là la *gêne de la respiration* et de la *circulation* qu'on voit survenir à cette époque. Les conséquences de ces troubles de fonctions si importantes sont faciles à prévoir. Les malades languissent, pâlissent, deviennent d'une grande maigreur, jusqu'à ce qu'enfin elles succombent dans un état d'asphyxie, d'anémie et de fièvre lente tout à la fois.

Un symptôme qu'il ne faut pas oublier, et qui s'observe lorsque la tumeur a un volume un peu considérable, est un *bruit de souffle* qui se produit à chaque pulsation artérielle, et qui a été noté dans un certain nombre de cas. Il est important pour le diagnostic d'avoir présente à l'esprit la possibilité de ce symptôme.

La compression exercée par la tumeur sur les grosses veines du bassin peut aussi donner lieu à un *œdème des extrémités*, à la *phlébite*, et à la *phlegmatia alba dolens*.

Enfin de *vives douleurs de nature névralgique* sont parfois le résultat de la compression des rameaux qui vont former le grand nerf sciatique.

Après avoir exposé les symptômes communs aux diverses espèces de tumeurs, voyons ce qu'elles présentent de particulier suivant leur forme.

Kystes uniloculaires. — Dans les kystes uniloculaires, la tumeur est beaucoup moins irrégulière, et le plus souvent même elle est globuleuse. Lorsque ces kystes ont acquis un très grand développement, l'abdomen peut être uniformément distendu, et les signes que la tumeur présente peuvent ressembler beaucoup à ceux de l'ascite, avec accumulation très abondante de liquide.

Ainsi on peut y percevoir la *fluctuation*. Ce signe est très sensible quand le liquide contenu dans le kyste est purement séreux. Lorsque ce liquide est épais, la fluctuation est d'autant plus obscure que la matière a plus de densité, et souvent on ne sent, en plaçant une main sur un point, et en percutant vivement avec les doigts de l'autre main, qu'un tremblotement semblable à celui que produirait une vessie pleine d'une substance gélatineuse.

Les kystes uniloculaires sont ceux qui, en général, acquièrent le plus grand développement.

Kystes multiples. — Ces kystes sont remarquables par les inégalités qu'on sent dans la tumeur; or, comme il est ordinaire que le liquide contenu dans chacun d'eux ait une densité différente, et que leurs parois aient une résistance, et surtout une épaisseur variable, il en résulte qu'ici on sent une bosselure dure, résistante; là, une autre élastique; là, une troisième plus molle, et ainsi de suite, et que ces bosselures sont séparées par des intervalles d'une étendue très variable et d'une dureté plus grande que celle qu'elles peuvent présenter elles-mêmes. Si un de ces kystes a une capacité considérable, et si le liquide qu'il contient est peu dense, on peut sentir, dans ce point, une fluctuation qu'on ne retrouve pas dans les autres.

Kystes multiloculaires. — La tumeur présente des bosselures semblables à celles qui viennent d'être indiquées; mais les cavités communiquant les unes avec les autres, on n'observe pas toutes les différences qu'offrent les kystes multiples.

Les *kystes aréolaires* n'ont rien de particulier sous le rapport qui nous occupe.

Enfin, lorsque les tumeurs présentent tout à la fois des kystes uniloculaires, multiloculaires et multiples, ce qui n'est pas très rare, les divers caractères qui viennent d'être signalés se trouvent réunis en elles.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est ordinairement lente et continue. Dans quelques cas, on a vu la tumeur acquérir un volume très considérable en peu de mois, mais ces cas sont extrêmement rares. Presque toujours il faut des années pour que l'abdomen soit considérablement distendu par le kyste. Quelquefois, après avoir fait des progrès rapides, la tumeur reste stationnaire, et parfois pendant des années entières, jusqu'à ce que, sans qu'on puisse en deviner la cause, une nouvelle impulsion soit donnée à son accroissement.

La *durée* est ordinairement très longue. On a vu des sujets porter pendant trente et quarante ans des tumeurs ovariques, sans en éprouver de grandes incommodités lorsque leur volume n'était pas très considérable.

Nous avons vu plus haut que la maladie pouvait se *terminer* par la mort. Cette terminaison est occasionnée soit par le développement démesuré de la tumeur, d'où résultent les accidents mentionnés plus haut; soit, ce qui est plus rare, par une inflammation développée spontanément, ou par une rupture du kyste dans l'abdomen; soit enfin à la suite d'une des opérations dont nous parlerons plus loin. La rupture du kyste dans le péritoine n'est cependant pas aussi fâcheuse qu'on pourrait le croire, ainsi qu'on peut le voir dans les faits cités par MM. Bonfils (1) et Camus (2). On a vu des kystes s'ouvrir dans l'intestin et dans d'autres organes.

Une observation (3) empruntée au *Northerly Journal* nous offre un exemple bien rare de la guérison de cette affection par l'*ouverture du kyste dans la vessie.* Les seuls symptômes signalés dans l'observation sont l'abondance, la couleur ambrée,

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1843, t. IX, p. 192.
(2) *Revue médicale*, 1844.
(3) *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXVI, p. 235, 15 mars 1849.

[redacted]

la viscosité de l'urine, et le pus contenu dans ce liquide ; tous ces caractères étaient dus évidemment au mélange du liquide versé par le kyste avec l'urine renfermée dans la vessie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Au début, le *diagnostic* des kystes de l'ovaire est des plus obscurs. Lorsque la tumeur n'a pas acquis un certain volume, il est difficile, et souvent même impossible de l'atteindre à travers les parois de l'abdomen ; et quant au toucher rectal, nous avons vu plus haut qu'il ne donne que des résultats très peu satisfaisants. Mais il est bien rare qu'à cette époque on ait à porter ce diagnostic. C'est seulement lorsque la tumeur est bien apparente qu'on est appelé près de la malade.

Nous avons dit que, dans certains cas, les femmes se croyaient grosses. Les médecins ont quelquefois partagé cette méprise. Voici à quels signes on distinguera la *grossesse utérine* d'un kyste de l'ovaire. Dans la grossesse, la tumeur, globuleuse, prend sa racine derrière les pubis ; aussi, tandis que dans l'hypogastre on obtient par la percussion un son mat, les fosses iliaques (l'intestin étant préalablement vidé) donnent un son clair plus ou moins prononcé ; dans le kyste ovarique, au contraire, et c'est là un point capital sur lequel on n'a pas suffisamment insisté, il y a une matité très prononcée dans la fosse iliaque où la tumeur prend sa racine, tandis que l'autre est sonore dans toute son étendue. La tumeur ovarique se développe presque toujours avec une lenteur incompatible avec l'idée d'une grossesse ; elle occupe un des côtés du ventre, tandis que l'utérus, après la conception, s'élève régulièrement en suivant la ligne médiane. Enfin la tumeur ovarique est ordinairement bosselée, ce qu'on n'observe pas dans l'utérus distendu par le produit de la conception, et de plus par le *toucher vaginal* on constate l'état normal du col et du corps de l'utérus qui sont développés dans la grossesse.

A une époque avancée de la grossesse surviennent les doubles battements du cœur du fœtus et le souffle placentaire. Les premiers lèvent tous les doutes ; il n'en est pas de même du souffle appelé placentaire. Nous avons vu, en effet, qu'un bruit de souffle très distinct peut résulter de la compression d'un gros tronc artériel par la tumeur. Une méprise de ce genre a été signalée par M. Bricheteau (1) : un bruit de souffle avait fait croire à une *grossesse, ovarique* il est vrai, car on connaissait le siége du mal ; on voulut opérer, et la malade succomba au bout de six jours. Le même signe pourrait faire croire à une grossesse utérine. Suivant M. Depaul, on évitera la méprise, si l'on se rappelle que le bruit de souffle, dans la grossesse, n'est pas accompagné d'un battement, d'une impulsion comme le bruit de souffle artériel.

Enfin, plus tard, dans la grossesse, surviennent les mouvements du fœtus, qui ne laissent plus aucun doute.

Une *grossesse tubaire* ou *ovarique* serait bien plus facilement encore confondue avec un kyste de l'ovaire. Les circonstances dans lesquelles la tumeur s'est produite, et aussi les signes que donne un fœtus vivant, seront, à une époque un peu avancée, utiles pour ce diagnostic, que le médecin n'est heureusement pas appelé à porter souvent. Dans les premiers temps, il est toujours bien difficile de se prononcer.

(1) *Clinique de l'hôpital Necker.*

[redacted]

Lorsque le kyste est uniloculaire, ou bien lorsqu'un des kystes multiples s'est considérablement développé, et lorsque la tumeur, pleine d'un liquide assez coulant, distend beaucoup l'abdomen, l'hydropisie enkystée de l'ovaire peut être confondue avec l'*ascite*, et les exemples ne sont pas très rares d'une pareille confusion. Nous avons exposé ailleurs (1) les signes à l'aide desquels on distingue ces deux affections. Il suffira de les rappeler dans le *tableau synoptique*.

Mais *il peut exister à la fois une ascite et une hydropisie enkystée de l'ovaire :* le diagnostic, en pareil cas, est un peu plus difficile; cependant on peut arriver à l'établir en pressant vivement la paroi abdominale de manière à déplacer le liquide péritonéal; on arrive par ce moyen à toucher la tumeur, qui offre une résistance beaucoup plus grande que celle qui est produite par le liquide de l'ascite.

Quant aux *tumeurs inflammatoires* des fosses iliaques, il est bien rare qu'on puisse les prendre pour des kystes; cependant nous aurons à dire quelques mots sur ce point dans l'article suivant.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs des kystes de l'ovaire et de la grossesse utérine.*

KYSTE DE L'OVAIRE.	GROSSESSE UTÉRINE.
Matité dans une des fosses iliaques ; sonorité dans l'autre.	*Sonorité dans les deux fosses iliaques.*
Se développe avec *plus de lenteur.*	Développement *plus rapide.*
Tumeur occupant *un des côtés du ventre.*	Tumeur occupant *la partie moyenne du ventre.*
Parfois bosselee.	*Globuleuse.*
Par le toucher vaginal, on constate l'*état normal du col et du corps.*	Au toucher vaginal, *augmentation de volume du col et du corps.*
Plus rarement, bruit de souffle *avec battement.*	*Bruit de souffle* connu sous le nom de bruit placentaire, *sans battement.*
Rien de semblable.	A une certaine époque, *doubles battements du cœur du fœtus.*
Point de mouvement.	*Mouvements du fœtus.*

2° *Signes distinctifs de l'hydropisie enkystée des ovaires et de l'hydropisie ascite.*

HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE.	ASCITE.
Abdomen quelquefois *irrégulier,* généralement *globuleux.*	Abdomen plus ou moins *aplati.*
Son clair *dans le côté* du ventre *opposé à celui de l'ovaire malade.*	Son clair dans un espace compris entre *l'épigastre et une ligne contournant l'ombilic.*
Matité *plus considérable, à peu près égale* dans toute l'étendue du kyste.	Matité d'*autant plus grande qu'on s'éloigne davantage de cet espace,* et qu'on s'approche des parties déclives.
Point de changement de rapports entre la matité et la sonorité *dans les changements de position.*	*Changements de rapports* de la sonorité et de la matité, *quand on fait changer la position de la malade.*
Fluctuation généralement *moins facile.*	Fluctuation généralement *plus facile.*

(1) *Voyez article Ascite, t. IV, p. 181.*

Pronostic. — Le pronostic des kystes de l'ovaire est en général grave. Il e rare qu'à une certaine époque l'affection ne finisse pas par déterminer des ac dents sérieux, et, au bout d'un temps très variable, elle devient mortelle dans plus grand nombre des cas ; seulement on peut dire d'une manière générale q la terminaison funeste n'arrive qu'après un temps fort long.

§ VII. — **Traitement.**

La guérison par les médications internes est au moins très difficile à obte M. Velpeau n'hésite pas même à poser en question l'existence d'un seul suc avéré. Il nous suffira, par conséquent, de mentionner très rapidement les moy qui constituent la médication interne, et qui ne diffèrent pas, comme on va le v de ceux qu'on oppose aux hydropisies et aux engorgements des divers organes.

1° *Médication interne.* — On recommande les *antiphlogistiques*, et surtout *saignée locale*, lorsque l'affection paraît avoir été occasionnée par une violence e térieure, et surtout au début de la maladie ; mais, dans le paragraphe consacré l'*étiologie*, nous avons dit combien l'existence d'une pareille cause est hypoth tique.

Si l'on pouvait penser qu'une suppression des règles a produit cette affecti on aurait recours aux moyens indiqués dans un autre article (1), et qui sont d tinés à rappeler les menstrues.

Ensuite on a, dit M. Velpeau, « tenté successivement l'administration des sud *rifiques*, des *mercuriaux*, des *purgatifs hydragogues*. Les préparations d'or, d plomb, d'iode, etc. ; les eaux minérales, les applications locales de nature vari ont encore été employées.... Nous ne ferons que mentionner pour mémoire l *compression*, que l'on a proposée, il n'y a pas longtemps, dans le but de fair disparaître les hydropisies enkystées de l'ovaire. Cette méthode, ainsi appliquée ne compte pas encore des résultats que l'on puisse invoquer en sa faveur. »

2° *Moyens chirurgicaux.* 1° *Ponction.* — La ponction n'est qu'un moyen pal liatif. Elle ne doit être partiquée que lorsque la fluctuation est sentie de manière faire croire qu'il n'y a qu'un seul kyste, ou du moins qu'il en existe un beaucou plus considérable que les autres et qui cause tous les accidents. On pratique ordi nairement la ponction sur la partie antérieure de la tumeur. La percussion devi être employée pour s'assurer qu'une matité complète existe dans le point que l'o veut ponctionner, et qu'il n'y a pas de danger d'intéresser un autre organe qu l'ovaire malade.

Après la ponction, le kyste se remplit de nouveau, et souvent avec une grand rapidité. On a cité des cas où cette opération a été renouvelée jusqu'à quatr vingts fois et plus.

La ponction n'est pas toujours sans danger. Elle a produit parfois un *épanche ment péritonéal*, suivi de péritonite suraiguë promptement mortelle ; d'autres foi il y a eu une *hémorrhagie interne* qui a emporté la malade ; quelquefois enfin l mort est survenue peu de jours après une ponction, par suite d'une inflammatio du kyste. Lorsque la matière contenue est trop épaisse, la ponction du kyste es pratiquée inutilement.

(1) Voyez *Aménorrhée*, t. V, p. 158.

La *ponction par le vagin* a été quelquefois pratiquée. Elle est beaucoup plus dangereuse; et, d'après le cas que nous connaissons, on doit y renoncer, à moins de circonstances toutes particulières.

2° *Ponction et injections.* — On trouve dans les auteurs plusieurs exemples d'injections pratiquées avec divers liquides (*gros vin, eau aiguisée avec de l'alcool*, etc.), après avoir vidé le kyste à l'aide d'une ponction. On a proposé, dans ces derniers temps, les *injections iodées*. Il faut dire, avec Lisfranc, que, dans les faits rapportés, lors de la discussion, à l'Académie de médecine (1), sur ce sujet, il se trouve beaucoup de revers et peu de succès. Or, comme dans les cas où ces opérations sont pratiquées, la maladie ne menace pas actuellement les jours de la malade, et que le traitement palliatif suffit pour la faire vivre, sans trop d'incommodités, pendant plusieurs années, un médecin prudent doit, jusqu'à ce que les faits encourageants s'accumulent, redouter cette opération. M. le docteur Alison (2) a obtenu une guérison d'un kyste de l'ovaire par les *injections iodées*. Ce cas est surtout remarquable en ce que l'incision et l'introduction d'une tente ayant été pratiquées, il survenait du marasme et la fièvre hectique, et que dès qu'on employa les injections iodées, il y eut une amélioration rapide qui ne se démentit pas jusqu'à la guérison. Dans ces derniers temps, M. Boinet a également cité des faits qui tendent à remettre en honneur ces injections, et dont quelques-uns sont très remarquables.

[Depuis l'époque où les lignes précédentes ont été écrites, un grand nombre de faits ont été recueillis, et il n'est pas douteux que l'on ait obtenu, par la teinture d'iode, de remarquables succès, sans aucun des accidents graves que l'on pouvait redouter. Et en effet, il faut se rappeler que M. Velpeau (3) avait déjà fait remarquer l'innocuité de la teinture d'iode; car, dit cet auteur, elle expose moins que tout autre liquide à l'inflammation purulente, et, infiltrée dans le tissu cellulaire, elle ne peut pas amener d'inflammation gangréneuse.

Toutefois, pour manier sans danger et avec succès cet agent énergique, il convient de distinguer les cas, et de n'agir que dans certaines circonstances.

M. Rouyer (4) a, d'après M. Nélaton, posé à ce sujet des conclusions d'une grande importance.

Selon M. Rouyer, il convient d'abord de distinguer les kystes multiloculaires des kystes uniloculaires : dans les premiers, en effet, il faut plusieurs ponctions successives pour vider autant de poches distinctes ; et, d'un autre côté, comme le contenu de chacune d'elles peut varier, on n'est pas certain d'obtenir dans toutes les bons effets que la teinture d'iode peut produire dans quelques-unes seulement ; enfin, il reste toujours quelques petits kystes que l'injection n'atteint pas, et qui seront l'origine de la reproduction du mal. Il y a donc bien plus de probabilités de succès lorsque l'on a à traiter un kyste uniloculaire, et c'est à ceux-là surtout que conviennent les injections iodées.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1846, t. XI, p. 289 et suiv.
(2) *Philadelph. Examiner*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 30 janvier 1849.
(3) *Recherches sur les cavités closes* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. VII, 1843).
(4) *Du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées* (*Moniteur des hôpitaux*, 1856).

Mais dans les kystes uniloculaires même, on ne réussit ordinairement que lorsqu'ils contiennent un liquide purement séreux. M. Rouyer rapporte trois observations appartenant à M. le professeur Nélaton et concluantes à cet égard. Dans le premier cas, on retira dix-huit litres d'un liquide séreux, et comme l'ouverture du kyste avait été faite avec la potasse caustique, on put faire, tous les deux ou trois jours pendant six semaines, des injections iodées ; le kyste se rétrécit graduellement, et la guérison fut définitive. Dans le second cas, on fit dans l'espace de trois mois quatre ponctions suivies chacune d'une injection iodée, et la malade guérit ; près de deux ans après, elle ne présentait pas de récidive. Dans le troisième cas une seule injection suffit.

Que si, au contraire, on a affaire à un kyste contenant un liquide visqueux, gélatineux et filant, non-seulement on n'obtient pas de guérison, mais encore l'injection iodée peut être nuisible. Voici en effet ce qui arriva dans le quatrième fait cité par M. Rouyer. « Une ponction fut faite et donna issue à dix-huit litres d'un liquide épais, visqueux. Des injections iodées furent faites dans la tumeur, mais ne donnèrent aucun résultat favorable. M. Nélaton, espérant favoriser leur action par des injections délayantes, des lavages réitérés de l'intérieur du kyste, eut recours à l'emploi de ce moyen, mais sans succès. Il varia alors la nature des injections irritantes; et, après la teinture d'iode, il fit pénétrer dans la poche kystique de l'alcool pur, de l'eau-de-vie camphrée, du vin de quinquina, du chlorure de soude, des solutions de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, toujours sans succès. La santé s'altérait pendant toutes ces opérations; les fonctions digestives étaient troublées, la malade s'affaiblissait de plus en plus, et elle s'éteignit ainsi graduellement deux mois après le commencement du traitement... » Ce fait seul, ajoute M. Rouyer, ne suffirait pas pour qu'on pût, avec raison, poser la conclusion que nous avons citée précédemment ; mais M. Nélaton a vu plusieurs fois encore, dans six cas semblables qu'il lui a été donné d'observer, la même série de phénomènes se produire et amener un résultat aussi funeste ; aussi est-il arrivé naturellement à repousser l'emploi des injections iodées dans les cas de kystes ovariques contenant un liquide visqueux. »

Nous ajoutons, pour éviter des recherches aux praticiens, la formule de l'injection iodée employée par M. Nélaton :

℞ Teinture d'iode	250 grammes.	
Eau	750	—
Iodure de potassium	8	—

Ce liquide, composé de trois quarts d'eau et d'un quart de teinture, doit être poussé lentement et mis en contact avec la plus grande partie de la surface du kyste par diverses positions données à la malade ; le liquide doit être extrait en presque totalité, quoique le séjour dans la tumeur d'un peu de teinture d'iode soit sans danger.

Comme on ne saurait prendre trop de précautions avant d'appliquer ou en appliquant un traitement chirurgical aussi actif, nous indiquerons, encore d'après M. Rouyer, la conduite que M. Nélaton a adoptée dans le traitement des kystes ovariques uniloculaires :

« *Étant donné* un kyste, la nature du liquide contenu n'ayant pu être déterminée

l'avance (car ce point de diagnostic reste très souvent douteux, quelque soin qu'on apporte dans l'exploration), faire d'abord une ponction simple, afin de connaître le caractère du liquide, attendre dans tous les cas, pendant quelque temps, pour voir si la reproduction est plus ou moins rapide. Si le liquide du kyste est filant, visqueux, se contenter de cette ponction simple, palliative, sauf à la renouveler, quand elle sera de nouveau nécessitée par le développement excessif du kyste. — Si le liquide est séreux et s'il se reproduit, pratiquer une seconde ponction que l'on fait suivre alors d'une injection iodée; si le liquide se reproduit de nouveau et que le kyste revienne à son premier volume, attendre encore assez longtemps, six mois environ et plus, si le kyste, ayant repris son premier volume, tend par rester stationnaire. — Si la reproduction était rapide, le kyste acquérant un volume excessif, le chirurgien ayant la main forcée, pour ainsi dire, devrait agir de nouveau. »]

3° *Incision, extirpation.* — Nous réunissons à dessein ces deux opérations, parce que nous voulons nous borner ici à une appréciation rapide de leurs avantages et de leurs inconvénients, d'après les chirurgiens qui s'en sont le plus occupés, et surtout d'après M. Velpeau qui a étudié attentivement les faits. Il n'est pas douteux que par ces opérations on ne soit parvenu à guérir complétement plusieurs malades. Mais, d'un autre côté, il est, et sans doute nous sommes loin de connaître tous les faits malheureux, un assez bon nombre de sujets que l'opération a tués. En outre, l'extirpation de la tumeur offre souvent des difficultés imprévues; parfois même on ne réussit pas à trouver l'ovaire malade. En présence de ces faits, il n'est aucun chirurgien qui ait osé poser en principe de pratiquer, soit l'incision, soit l'extirpation. Cependant il faut reconnaître que les cas de succès sont nombreux et méritent considération. M. le docteur A. Chereau (1) a réuni dans un mémoire intéressant tous les cas de guérison radicale obtenus par l'*ovariotomie*. Le résultat est, au premier abord, avantageux; car, sur 83 cas, il y a eu 42 guérisons radicales et 27 morts imputables à l'opération. Mais reste à savoir si dans les 27 cas de mort il n'en est pas quelques-uns où l'on a abrégé de beaucoup une existence très supportable.

[M. Ch. Bernard, médecin des hôpitaux (2), a réuni et critiqué les statistiques d'ovariotomie publiées à l'étranger. Dans la plupart d'entre elles on est effrayé de la légèreté avec laquelle le diagnostic a été fait et le traitement appliqué : ainsi, par exemple, on voit dans la statistique de M. Phillips, que sur 81 cas, *cinq fois*, après l'ouverture de l'abdomen on ne trouva pas de kyste à extirper; heureusement les malades guérirent. Et, d'un autre côté, dans 15 cas, on ne put achever l'opération à cause des adhérences. Dans tous les cas le nombre des succès ne doit pas encourager beaucoup à cette opération, car s'il y a eu 35 guérisons sur 61 cas, il y a eu 26 décès, proportion d'autant plus effrayante, que les kystes de l'ovaire sont, après tout, une affection pénible mais non dangereuse dans l'immense majorité des cas.]

(1) *Union médicale*, 7 août 1847 et numéros suivants.
(2) *Archives générales de médecine*, octobre 1856.

grammes de liquide, et plus encore. Les kystes uniloculaires sont en général les plus grands. Les parois des kystes sont ordinairement lisses à l'intérieur.

Ces poches contiennent une matière qui varie suivant les cas, sous tous les rapports. C'est un liquide transparent, blanc et coulant comme de l'eau ; une sérosité citrine ; un liquide lactescent ; ou bien un liquide épais, gélatineux, couleur de café ou de chocolat ; ou encore une matière demi-liquide semblable à du miel, à de la colle, à du suif, à de la graisse, etc. La quantité de cette matière est en rapport, non avec le volume de la tumeur, mais avec la capacité des kystes. On a extrait quelquefois, par la ponction, jusqu'à 50 et 60 kilogrammes de sérosité. Parfois ces kystes contiennent quelques gaz, ce qui est dû à la décomposition de la matière qu'ils renferment.

On trouve des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, ainsi que les résultats de la compression des organes et des accidents précédemment mentionnés.

§ IV. — Symptômes.

Début. — Le début des kystes de l'ovaire est toujours *latent*. Ce n'est que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume assez considérable, qu'elle donne lieu à certains phénomènes et à certains signes qui en font reconnaître l'existence. Cette remarque prouve déjà combien on est peu fondé à attribuer la maladie à une inflammation, quelque faible qu'on la suppose ; car s'il en était ainsi, on la verrait, au moins quelquefois, occasionner des accidents assez notables dès son début.

Symptômes. — Il est rare que ces kystes des ovaires causent de la *douleur* : cependant la chose n'est pas impossible. Nous avons vu une jeune femme qui, portant un kyste de l'ovaire droit, gros comme la tête d'un fœtus, éprouvait, dans la fosse iliaque et le flanc de ce côté, des douleurs extrêmement vives, qui toutefois n'étaient pas continues, et se dissipaient après deux ou trois jours de durée, pour se reproduire après un espace de temps plus ou moins considérable.

Ordinairement les malades n'éprouvent d'abord qu'un peu de *pesanteur* dans la région affectée, et souvent c'est par hasard qu'elles découvrent la tumeur qu'elles ont dans l'abdomen. Lorsque la tumeur devient très considérable, l'abdomen peut être un peu douloureux. Il est quelques sujets qui ont des tiraillements dans les lombes, les aines et les cuisses. S'il survient une inflammation dans la tumeur ou dans une partie voisine, la douleur est vive ; mais elle est due alors à un accident qui arrive assez rarement.

La *pression*, la *percussion*, les *grands mouvements* et la *fatigue* causent ordinairement un peu de douleur dans la région occupée par la tumeur, mais ce n'est presque toujours que lorsque celle-ci est assez volumineuse pour distendre l'abdomen.

La *palpation* exercée sur le ventre ne fournit quelques renseignements que lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Alors on trouve cette tumeur de forme plus ou moins bien arrondie, et présentant des caractères différents suivant son volume. *Est-elle encore d'un volume médiocre*, ne dépasse-t-elle pas, par exemple, le volume de la tête d'un fœtus, on la sent très bien circonscrite dans un des *côtés de* l'abdomen, et la main, pressant fortement par son bord cubital sur la *paroi antérieure de cette* cavité, peut la saisir du côté de l'ombilic, où l'on trouve son

ond globuleux. Mais il ne faut pas se contenter de cette exploration, on doit suivre la tuméfaction jusque dans la fosse iliaque, où l'on peut s'assurer que se trouve sa limite, ce qui est très important pour le diagnostic. *Si, au contraire, la tumeur est d'un très grand volume*, si elle distend fortement la paroi abdominale, il est plus difficile de la circonscrire ; cependant, avec un peu d'attention, on parvient, dans presque tous les cas, à trouver un côté de l'abdomen plus tendu, plus dur, plus résistant que l'autre, et à s'assurer qu'une des deux fosses iliaques est souple, tandis que l'autre, où la tumeur prend sa racine, est très résistante.

Au reste, la *percussion*, en pareil cas, vient en aide à la palpation. M. Rostan (1) a noté un signe important. Dans l'hydropisie de l'ovaire, en effet, les intestins sont refoulés du côté opposé à la tumeur, et donnent dans ce côté du ventre un son clair, tandis que le côté opposé est mat. Si l'on pratique la percussion avec soin, on trouve dans la fosse iliaque, où la tumeur a pris naissance, une matité marquée, tandis que la fosse iliaque du côté opposé est sonore ; puis, en cherchant la limite supérieure de la matité, on s'assure que la ligne qui la sépare du son clair des intestins est une ligne courbe dont la convexité est tournée en haut, et qui, venant se perdre dans le côté occupé par la tumeur, laisse l'autre libre dans une plus ou moins grande étendue. Lorsque la tumeur est excessivement considérable, ces signes sont moins faciles à reconnaître ; mais on s'assure alors que les intestins ont été refoulés vers un point latéral de l'abdomen, et de plus, en faisant varier la position de la malade, *on ne voit pas survenir de changement de niveau du liquide*, ce qu'il est toujours très important de constater.

Ces signes sont également beaucoup plus obscurs lorsque la maladie occupe les deux ovaires. Mais dans ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents, à beaucoup près, quoique la plupart des auteurs aient avancé que lorsque l'affection occupe un des ovaires, elle ne tarde pas à envahir l'autre, la *palpation* et la *percussion* offrent d'autres ressources, car les deux tumeurs ne sont jamais d'égal volume, et en constatant l'irrégularité très grande de la tuméfaction qu'elles occasionnent, on a un signe très important pour le diagnostic.

La simple *inspection* de l'abdomen est souvent très utile pour faire reconnaître la nature de la maladie. Le ventre est en effet fréquemment déformé, le côté occupé par la tumeur étant plus saillant que l'autre.

On a indiqué, comme pouvant être de quelque utilité, le *toucher vaginal*, et plus encore le *toucher rectal*. Mais le premier sert uniquement à faire constater que la tuméfaction n'est pas due à l'augmentation de volume de l'utérus, et quant au second, nous n'avons pas trouvé de faits où il y ait été employé avec quelque utilité.

Les kystes des ovaires peuvent exister pendant de longues années et prendre un accroissement considérable sans qu'il en résulte aucune altération de la santé. Cependant, si l'on consulte les faits, on voit qu'il est assez ordinaire d'observer des *troubles de la menstruation*, et en particulier l'*aménorrhée* et la *dysménorrhée*.

On a aussi cité un certain nombre de cas dans lesquels, à ces troubles de la menstruation, se joignaient, dans les premiers temps de la maladie, des *signes de*

(1) *Mémoire sur un moyen de distinguer l'hydrocèle enkystée de l'ascite* (*Nouv. journ. de méd.*, t. III, et *Traité du diagnostic*).

couches? M. Grisolle a malheureusement oublié, en exposant l'anatomie patholo-gique de l'affection, de décrire à part les cas observés chez les femmes en couches afin d'indiquer avec soin l'état des ligaments larges. Nous savons aujourd'hui qu'un bon nombre d'abcès viennent faire saillie à la partie supérieure du vagin, et se vi-dent même par cette voie; or on conçoit difficilement qu'il en soit si souvent ainsi si les ligaments larges ne sont pas assez fréquemment enflammés.

Telles sont donc les conditions dans lesquelles se développent les tumeurs inflam-matoires dont nous nous occupons. Maintenant indiquons la manière dont se pro-duisent les principales espèces, puis nous exposerons l'histoire générale de la ma-ladie. Il est bien entendu que nous ne nous occupons pas ici des inflammations anté- et rétro-utérines, puisque nous en avons donné l'histoire détaillée plus haut.

TUMEURS INFLAMMATOIRES CAUSÉES PAR LA PERFORATION DU CÆCUM OU DE L'APPENDICE CÆCAL.

Dans le plus grand nombre des cas, du moins si l'on s'en rapporte aux obser-vations citées par Wegeler (1), par MM. Malespine, Merling, Ilif (2), etc., la lé-sion de l'appendice cæcal, qui a été cause de la maladie, est due à la présence d'un *corps étranger*. Ce sont des *pepins de melon*, un *haricot*, des *calculs* presque entièrement formés de cholestérine (3), des *calculs stercoraux*, et même une simple accumulation de matières fécales endurcies (Merling).

Dans un cas emprunté à la thèse de M. Maisonneuve, et rapporté par M. Bo-dart (4), la *constipation*, en interceptant la circulation dans les parois intestinales détermina la gangrène et la perforation du cæcum, et par suite une péritonite mortelle.

Le même auteur cite un fait observé par M. Becquerel chez un enfant de sep ans qui mourut subitement après n'avoir présenté pendant la vie que des trac d'une inflammation de médiocre intensité. A l'autopsie on trouva cinq *ascarid lombricoïdes* étendus et placés sous le mésentère en bas et à droite. L'appendi iléo-cæcal présentait à son extrémité une ouverture arrondie étranglant complète-ment deux ascarides, l'un sorti au tiers, l'autre aux deux tiers.

Enfin, selon le docteur Bodart, le cæcum paraît être le siége de prédilection certaines perforations dues le plus souvent à une *lésion organique du gros intest* dont elles sont le dernier phénomène, ou au *phlegmon de la fosse iliaque :* da le premier cas elles ont lieu de dedans en dehors ; c'est le contraire dans le secon L'appendice cæcal en est parfois le siége, et ce médecin cite six observations da lesquelles cet accident survint et amena une péritonite rapidement mortelle.

Dans certaines circonstances néanmoins, on voit la lésion de l'appendice cæ survenir sans cause appréciable : tels sont les cas placés par M. Merling dans septième section. C'est surtout alors qu'on observe la *gangrène* de cet appendic mais aussi quelquefois on rencontre une simple perforation, ou bien une sépar

(1) *Hist. ent. malig. et sing. calcul. concrementi* (*Journal de médecine de Corvisa* t. XXVIII).
(2) *Lond. med. and surg. Journal*, avril 1822.
(3) J. Copland, *Appendice à la traduction de la Physiologie de Richerand*, 1829.
(4) *Des perforations du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal*, thèse. Paris, 1844.

ion d'une partie de l'appendice ou de sa totalité, de manière qu'on le trouve nageant dans le foyer, ou qu'il s'échappe par l'intestin, comme nous l'avons observé dans un cas dont nous parlerons plus tard.

Quant à la manière dont se produit la *perforation du cæcum* lui-même, nous avons des renseignements beaucoup moins précis. Le docteur Albers attribue à l'accumulation et à l'endurcissement des matières fécales dans le cæcum l'inflammation, et parfois l'ulcération de cet organe. Les faits que nous possédons sur ce point sont trop insuffisants pour qu'on puisse résoudre la question, du moins quant à l'ulcération. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans quelques cas, on trouve dans le cæcum une ou plusieurs perforations sans qu'on puisse les attribuer à l'accumulation et à l'endurcissement des matières fécales, et sans qu'il soit permis de leur assigner aucune autre cause connue.

Le *rétrécissement du côlon*, dans quatre cas cités par le docteur Bodart (1), amena une perforation du cæcum et par suite une péritonite mortelle.

Les *symptômes précurseurs* auxquels donnent lieu ces lésions, soit du cæcum soit de l'appendice iléo-cæcal, sont des plus vagues. Dans la plupart des cas, les sujets se sont plaints d'un *malaise léger*, avec *diminution de l'appétit* et un peu de *sensibilité du bas-ventre*, mais sans se croire réellement malades.

Enfin, il survient *tout à coup* une douleur vive dans la fosse iliaque droite; cette douleur ne s'irradie pas très loin; elle force le malade à s'arrêter, à se coucher; les traits s'altèrent, le pouls se concentre, il y a une vive anxiété, et bientôt la tumeur inflammatoire est manifeste.

Mais est-il possible de dire, d'une manière très précise, s'il s'agit d'une perforation du cæcum ou de l'appendice? En consultant les faits, on voit bientôt qu'on ne le peut pas. L'observation nous a, en effet, prouvé que la perforation de l'appendice cæcal peut se faire dans le tissu cellulaire postpéritonéal aussi bien que dans la cavité du péritoine elle-même; et voici comment les choses se passent:

L'appendice, primitivement enflammé, contracte des adhérences avec le péritoine qui tapisse la fosse iliaque; puis, dans le lieu de l'adhérence, l'ulcération augmente jusqu'à ce qu'elle ait perforé non-seulement les tuniques de l'appendice, mais encore le feuillet péritonéal auquel adhère ce diverticulum, et que la matière qu'il contient tombe dans le tissu cellulaire iliaque. Or cette perforation donne lieu aux mêmes symptômes que celle du cæcum; de sorte que, à la rigueur, la proposition précédente ne peut être contestée. Cependant il résulte des observations que nous possédons, que la perforation ou la gangrène survenue sans lésion antérieure du cæcum appréciable par nos moyens d'examen a presque toujours son siége dans l'appendice, et par conséquent, lorsque chez un sujet n'ayant présenté que les légers symptômes signalés plus haut, on verra apparaître la *douleur subite qui marque le début de la tumeur inflammatoire*, avec altération des traits, etc., c'est à une lésion de l'appendice qu'on sera porté à attribuer ces accidents. Au reste, ce diagnostic n'a qu'une importance très secondaire, car la connaissance du point précis où le mal a commencé ne pourrait changer en rien la conduite du médecin.

(1) *Loc. cit.*

TUMEURS DUES A UNE INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE DU BASSIN, PAR SUITE DE LA PERFORATION D'UNE CAVITÉ NATURELLE OU ARTIFICIELLE CONTENANT UN LIQUIDE.

Avant la perforation, le médecin a observé les signes d'une affection siégeant dans un organe creux (vessie, intestin), ou ayant donné lieu à une accumulation de liquide dans une cavité accidentelle (abcès des organes contenus dans le bassin; kystes de l'ovaire) ; puis *tout à coup* surviennent des symptômes semblables à ceux qui ont été décrits dans le paragraphe précédent, le siége seul étant différent: alors la tumeur inflammatoire existe.

TUMEURS DUES A L'EXTENSION D'UNE INFLAMMATION D'UN ORGANE AU TISSU CELLULAIRE DU PETIT BASSIN OU DE LA FOSSE ILIAQUE.

En pareil cas, l'inflammation primitive de l'organe (métrite; ovarite; bubon, etc. a donné lieu à des symptômes bien connus, auxquels viennent se joindre *avec plus ou moins de rapidité, mais non brusquement*, ceux de l'inflammation du tissu cellulaire environnant.

TUMEURS DUES A UNE INFLAMMATION PRIMITIVE DU TISSU CELLULAIRE DU PETIT BASSIN OU DE LA FOSSE ILIAQUE.

§ I. — Définition.

Ce sont ces tumeurs qui se développent principalement chez les femmes en couches. Ce qu'il y a de remarquable en pareil cas, c'est que, comme dans la *métrite postpuerpérale*, l'affection ne se développe que quelques jours après l'accouchement. C'est, ainsi que l'a constaté M. Grisolle, seulement du troisième au dixième jour après l'accouchement que ces tumeurs commencent à se manifester ; dans un petit nombre de cas même, elles n'apparaissent que plus tard. Elles n'ont pas le début subit des tumeurs dues à une perforation.

§ II. — Causes.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil général sur les causes de ces tumeurs, nous avons à examiner les *causes prédisposantes* et les *causes occasionnelles*, comme dans les autres maladies. Sous ce rapport, le travail de M. Grisolle nous offre les meilleurs documents.

1° Causes prédisposantes.

C'est de vingt à trente ans que se développent le plus souvent les tumeurs dont il s'agit (plus de la moitié des cas) ; vient ensuite la période de trente ou quarante ans (un quart), puis celle de onze à vingt ans, et enfin celle de quarante à soixante.

Le *sexe* a également une influence très marquée, si l'on fait abstraction de l'état

puerpéral; les tumeurs inflammatoires sont en effet, en pareil cas, plus de quatre fois plus fréquentes *chez l'homme.* D'après les faits rassemblés par M. Grisolle, l'état puerpéral ne rétablirait même pas l'équilibre; car en comprenant toutes les conditions précédemment indiquées, on observe la maladie quarante-six fois chez l'homme et vingt-sept fois seulement chez la femme. Ces chiffres sont-ils suffisants? En supposant même que les observations eussent été prises avec la plus grande attention sur un nombre donné de sujets, on pourrait en douter; mais on croira bien moins encore la question résolue, si l'on considère que, dans beaucoup de cas, des abcès du bassin, chez les femmes en couches, peuvent passer inaperçus, et que plusieurs des auteurs à qui l'on a emprunté ces observations n'ont pu voir qu'un très petit nombre de femmes dans cette condition. Les médecins qui se sont trouvés mieux placés, et qui ont apporté un grand soin dans l'exploration, ont au contraire constaté que ces affections se montrent particulièrement à la suite de l'accouchement. M. Fauvel a pu, en deux années, recueillir à l'Hôtel-Dieu, chez des femmes, une vingtaine de cas d'abcès du petit bassin, dont un bon nombre auraient pu passer inaperçus, sans une exploration des plus attentives. Dans l'article consacré aux *phlegmons péri-utérins*, nous en avons cité des exemples nous-même.

D'après les cas rassemblés par M. Grisolle, les *primipares* seraient plus exposées que les autres accouchées à l'affection dont il s'agit. Ce fait avait déjà été constaté par M. Piotay.

Ces tumeurs ont été trouvées plus souvent à *droite* qu'à gauche, ce qui tient sans doute à l'influence du cæcum sur la maladie; car si l'on ne considère que les tumeurs des femmes en couches, on les trouve plus souvent à *gauche* qu'à droite.

La *constipation* est, d'après quelques auteurs, une cause prédisposante digne d'attention. Nous avons vu plus haut ce qu'on a dit de l'irritation produite par l'accumulation des matières fécales dans le cæcum, sur les parois de cet intestin.

2° Causes occasionnelles.

Nous avons vu ci-dessus que les lésions de l'appendice du cæcum et du cæcum lui-même peuvent être produites par la présence de *corps étrangers*, et que c'est là, dans un certain nombre de cas, la cause primitive de toute la maladie mais la vraie cause occasionnelle de l'affection qui nous occupe est, en pareille circonstance, la *perforation.* On a cité des cas où un coup, une *chute sur le ventre*, une *violence extérieure* quelconque, ont donné lieu aux tumeurs inflammatoires dont il s'agit.

On a admis, comme causes occasionnelles, l'*action du froid*, les *écarts de régime*, un *excès* quelconque, les malades étant placés sous l'influence des causes prédisposantes que nous avons indiquées. Mais le degré d'action de ces dernières causes est loin d'être rigoureusement déterminé. Enfin il est un certain nombre de cas où l'on ne peut pas découvrir de cause occasionnelle, car les violences exercées dans les manœuvres de l'accouchement, la longueur du travail, etc., ont été plutôt admises comme ayant une influence très probable, ce qui ne peut être nié, que comme ayant été mises hors de doute par l'observation.

§ III. — Symptômes.

Une fois la tumeur inflammatoire produite, presque tous les symptômes des diverses espèces sont les mêmes. Le siége seul y apporte des modifications importantes.

La *douleur* est ordinairement vive et se montre dès le début. Cependant, parmi les faits rapportés par M. Grisolle, il en est huit dans lesquels ce symptôme ne s'est montré qu'au bout d'un ou de plusieurs jours, et quatre malades ne l'ont éprouvé que plus tard. La *douleur spontanée* est variable dans son intensité; chez quelques sujets elle est seulement sourde, gravative; chez la plupart il se joint à cette douleur continue des douleurs lancinantes, pulsatives, qui s'irradient plus ou moins loin dans l'abdomen, la cuisse correspondante, le périnée. Parfois ces parties ne sont le siége que d'un simple engourdissement. On a remarqué assez souvent que les malades ne rapportaient pas le siége de la douleur au point précis occupé par la tumeur inflammatoire, quelques-uns se plaignent d'une douleur dans tout le ventre ou dans l'hypogastre, lorsque la région inguinale est le siége du mal.

La *douleur à la pression* donne des renseignements plus précis encore. Ainsi, dans un point de l'abdomen (la fosse iliaque droite pour les abcès résultant des altérations du cæcum et de son appendice; l'une des deux fosses iliaques, un point de l'hypogastre pour les autres), on détermine par la palpation une douleur vive, ordinairement intolérable, et qui arrache des plaintes au malade. Les secousses de la toux, les mouvements du tronc, et surtout ceux de la jambe, lorsque l'abcès occupe la fosse iliaque, exaspèrent considérablement la douleur. Aussi les malades tiennent-ils *à demi fléchi le membre inférieur* du côté malade, et redoutent-ils beaucoup les mouvements d'extension qu'on veut lui communiquer.

Dans les premiers temps on trouve, dans le point occupé par l'inflammation, une *tumeur* un peu dure, rénitente, sans bosselures, sans battements et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur est d'un volume très variable; mais en général elle occupe une très grande étendue et remplit toute une fosse iliaque, sans laisser d'intervalle entre elle et l'os des iles. Dans un cas dû à une perforation du cæcum, et pour lequel nous avons été appelé par M. Manec avec d'autres médecins de la Salpêtrière (le malade étant employé dans cette maison pendant que nous y faisions un service), nous trouvâmes toute la fosse iliaque droite et l'hypogastre, jusqu'à la ligne médiane, occupés par une tumeur résistante telle que nous venons de la décrire. Dans un autre cas que nous avons observé à la Pitié, et qui s'est montré chez une femme en couches, la tumeur dépassait beaucoup cette ligne médiane, et avait par conséquent un volume énorme.

Cette tumeur est presque toujours *immobile*, et dans les cas où l'on peut lui imprimer des mouvements, ceux-ci sont toujours très bornés.

La *percussion*, pratiquée avec ménagement, donne un son mat dans toute l'étendue de la tumeur, et ce son mat contraste avec le son tympanique rendu par les parties environnantes.

Parfois la maladie, après avoir persisté ainsi pendant un temps variable, mais qui n'est pas fort long, se dissipe peu à peu. On voit d'abord la tumeur devenir *moins* douloureuse, puis diminuer de volume, et finir par disparaître sans laisser

de trace, ou ne laisser qu'un petit noyau dur et indolent, qui disparaît lui-même au bout d'un temps plus ou moins long.

Mais le plus souvent les choses se passent autrement, la tumeur *suppure*, et de là des symptômes nouveaux.

Les *signes généraux* qui indiquent la *formation du pus* ne se montrent pas, à beaucoup près, dans tous les cas, ou du moins on ne les a notés, d'après les faits rassemblés par M. Grisolle, que chez un tiers des sujets. Ce sont, comme on sait, des *frissons irréguliers*, une *exacerbation de la fièvre* le soir, des *sueurs générales*, surtout pendant le sommeil.

Les *signes locaux* sont le ramollissement de la tumeur, la *fluctuation*, la *rougeur* de la peau *lorsque le pus a de la tendance à se porter à l'extérieur*, et, dans le même cas, une saillie en pointe d'une des parties de la tumeur. Quelquefois même, comme dans un cas que nous avons observé en 1846 à l'Hôtel-Dieu annexe, on voit la peau s'amincir en divers endroits et des saillies se former sur plusieurs points de la tumeur.

Dans un certain nombre de cas qu'il n'est pas encore possible de déterminer, les signaux locaux de la suppuration se font remarquer *à la fois du côté de l'hypogastre et dans le vagin*. En portant le doigt dans le conduit, on sent, en effet, une fluctuation plus ou moins manifeste, et parfois même une saillie fluctuante qui descend jusqu'au milieu du vagin. D'autres fois la tumeur, au lieu de conserver son volume en devenant fluctuante, s'affaisse plus ou moins promptement, et alors encore on peut sentir, dans quelques cas, la *fluctuation dans le vagin*. On voit par là combien il est important de pratiquer le *toucher vaginal* dans tous les cas de tumeur inflammatoire du bassin.

Suivant M. Grisolle, la suppuration serait plus longtemps à s'établir dans ces tumeurs que dans les autres tumeurs inflammatoires qui ont leur siége dans le tissu cellulaire. Mais il faut seulement entendre par là que la fluctuation devient moins promptement appréciable, ce qui s'explique par la profondeur de l'abcès. Ainsi, dans les cas où il y a une perforation d'un organe qui verse dans le tissu cellulaire environnant un liquide septique, on ne peut douter que la suppuration ne se produise très promptement; et néanmoins, dans le cas cité plus haut, la fluctuation ne s'est jamais montrée d'une manière sensible. Or, on verra que l'existence d'un abcès n'a pas été douteuse, quoique le malade ait guéri.

Dans d'autres circonstances, *la maladie semble vouloir se terminer par résolution*; mais la tumeur ne se dissipe qu'imparfaitement : elle est encore dure, un peu douloureuse, reste ainsi pendant un temps très long, et finit ensuite par disparaître rapidement. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu annexe un cas de ce genre. La malade, récemment accouchée, avait présenté tous les symptômes d'un phlegmon de la fosse iliaque; au bout de quelques semaines, la douleur se calma un peu, la tumeur diminua et durcit beaucoup, sans avoir présenté de fluctuation. La malade resta ainsi plus de trois mois, ne pouvant pas se lever, parce que les mouvements du membre inférieur causaient de la douleur dans le point malade. Au bout de ce temps, on constata, du jour au lendemain, une diminution de plus d'un tiers dans le volume de la tumeur, et en même temps l'écoulement d'un pus blanc, épais, bien lié, par le vagin, dont *les parois étaient rouges* et granulées. L'exploration la plus attentive *ne put néanmoins faire découvrir dans* ce conduit ni tumeur fluctuante, ni pert

mais tout porte à croire qu'il existait une petite ouverture par laquelle s'écoulait le pus, car, à dater de ce moment, la tumeur alla rapidement en diminuant, et la malade fut promptement guérie d'une affection qui durait depuis près de cinq mois. Il n'y avait eu, dans ce cas, aucun signe local de suppuration, pas même l'empâtement des téguments.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces tumeurs inflammatoires sont en général assez intenses. Dans les cas où il y a une perforation, ils sont très violents dès le début. La *fièvre s'allume*, le pouls est très fréquent, ordinairement petit, serré; il y a souvent du frisson, du froid des extrémités, suivi ensuite d'une chaleur élevée. L'*anxiété* est grande; les douleurs empêchent le malade de dormir; les traits sont altérés. Du côté du *tube digestif*, on a observé quelquefois des *vomissements bilieux*, des *vomituritions*, une *soif vive*, une *constipation* qu'il n'est pas cependant difficile de vaincre dans la plupart des cas.

Lorsque l'affection se développe à la suite de l'inflammation d'un organe pelvien, les symptômes généraux préexistants augmentent seulement de violence, et lorsque la tumeur inflammatoire se produit primitivement dans le tissu cellulaire de cette région, le mal, qui se manifeste d'abord par des symptômes locaux, allant toujours en augmentant, la *fièvre* s'allume et prend souvent une intensité aussi grande que dans les cas que nous avons cités les premiers. La *constipation* est remarquable, surtout lorsque la tumeur occupe la fosse iliaque gauche ou une partie plus centrale du petit bassin.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est presque toujours rapide dans les premiers temps. Puis, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle peut rester stationnaire plus ou moins longtemps, et enfin nous allons voir, en parlant des terminaisons, point des plus importants dans l'histoire des tumeurs inflammatoires du bassin, que les choses se passent très différemment, suivant que la maladie se termine de telle ou telle manière.

La *durée* de la maladie, par suite également de la grande différence des terminaisons, est fort variable. On peut dire néanmoins, d'une manière générale, qu'elle est assez considérable. Les cas où la maladie se termine par résolution sont ceux dont la durée est la plus courte, et néanmoins les femmes ne sont pas parfaitement rétablies avant deux ou trois semaines. La perforation de l'abcès et le passage du pus dans le péritoine abrége la durée de la maladie, en produisant une péritonite promptement mortelle. Dans tous les autres cas, il faut un ou plusieurs mois pour que la maladie soit terminée.

Terminaisons. — Nous avons vu plus haut que la *terminaison* par résolution est la plus rare, et que la tumeur suppure ordinairement. Or, lorsque la tumeur a suppuré, la maladie se termine de diverses manières, qui toutes ont la plus grande importance.

L'*évacuation du pus* peut avoir lieu par plusieurs voies. Ainsi l'*abcès s'ouvre dans l'intestin :* soit dans le cæcum, soit dans l'S iliaque. L'affaissement de la tumeur et la présence du pus dans les selles sont les signes auxquels on reconnaît le *passage du pus* dans l'intestin. Une diarrhée plus ou moins abondante, avec coli-

ques, quelquefois ténesme, prouve que, en pareil cas, le passage du pus dans le tube intestinal a produit une entérite d'une certaine intensité.

Dans d'autres cas, *le pus se fraye un passage à travers les parois abdominales.* La tumeur devient de plus en plus saillante, la fluctuation est chaque jour plus évidente, la peau s'empâte, rougit, s'amincit, et, si une incision ne donne pas issue au pus, il se forme une ou plusieurs ouvertures spontanées par lesquelles l'abcès se vide. On a vu quelquefois le pus fuser assez loin, et l'abcès s'ouvrir à une plus ou moins grande distance de la fosse iliaque.

D'autres fois il se fait une ou plusieurs ouvertures *dans le canal intestinal et à la peau en même temps.* En pareil cas, aux signes précédents se joignent la fétidité du pus, sa coloration en jaune ou en brun, son aspect mal lié, et la présence de gaz sous forme de bulles qui viennent crever à l'ouverture de la peau.

On a cité *des cas où le pus s'est échappé en partie par la vessie;* dans l'un d'eux, rapporté par M. Johnson (1), et cité par M. Grisolle, il y eut envies fréquentes d'uriner, dysurie et même hématurie. Dans les autres on n'a noté rien de semblable.

M. le docteur Battersby (2) a rapporté un cas curieux d'abcès iliaque ouvert d'abord dans la vessie, puis à la région lombaire. Malgré cette double ouverture, le malade, qui était un enfant de six mois, fut complétement guéri au bout de quelques mois.

Il arrive aussi que *le pus peut sortir par une perforation de l'utérus;* mais les cas de ce genre sont rares et ne présentent pas d'autres signes que l'ouverture de l'abcès dans le vagin.

Cette *ouverture de l'abcès dans le vagin* est fréquente, d'après les faits observés, et même tout porte à croire qu'elle est plus fréquente qu'on ne le pense généralement, parce qu'il faut pour la reconnaître plus d'attention qu'on n'en apporte ordinairement dans l'examen des faits. L'affaissement de la tumeur, un écoulement abondant de matière purulente, épaisse, survenant rapidement, sont les signes auxquels on reconnaît cette terminaison. Dans quelques cas, on a pu découvrir un point fluctuant du vagin avant la perforation ; dans d'autres, on a vu le pus sourdre par l'ouverture accidentelle ; mais ces cas sont les plus rares. Cette terminaison peut se faire très longtemps attendre, ainsi que nous en avons vu un exemple mentionné plus haut. Dans un cas rapporté par M. Perrochaud (3), l'introduction du spéculum produisit la rupture de l'extrémité supérieure du vagin et l'écoulement du pus contenu dans la tumeur. M. Bourdon (*loc. cit.*) a rapporté plusieurs faits dans lesquels l'abcès a été vidé par cette voie, à l'aide de l'instrument tranchant.

La terminaison la plus terrible est la *rupture de l'abcès dans le péritoine.* On l'observe plus particulièrement dans les abcès qui ont pour point de départ une lésion du cæcum ou de son appendice. En pareil cas, après avoir suivi toutes les périodes de la suppuration, on voit apparaître *tout à coup* une douleur excessive dans un point voisin de la tumeur ; cette douleur *se propage rapidement à l'abdomen*, et la maladie présente les symptômes de la *péritonite suraiguë.*

(1) *The medico-chirurgical Review*, 1836.
(2) *Dublin quarterly Journ. of med.*, mai 1847.
(3) Voy. Grisolle, *loc. cit.*

Dans des cas rares, on a vu la péritonite générale se produire sans perforation, par *simple extension de l'inflammation au péritoine voisin* du foyer purulent.

Lorsque le pus s'est frayé une issue au dehors, la maladie ne saurait être regardée comme terminée heureusement, loin de là. Les accidents indiqués plus haut peuvent se prolonger longtemps, la suppuration persiste, reste abondante, et les malades succombent souvent dans le dernier degré du marasme.

Dans quelques cas, la *gangrène* s'empare des parois du foyer, et presque toujours alors la terminaison est funeste. Dans quelques-uns d'entre eux, des lambeaux gangrenés peuvent être expulsés par la voie que s'est frayée le pus. M. Burne en a cité un exemple. Dans le cas *indiqué* plus haut, et qui avait pour sujet un employé de la Salpêtrière, on constata un fait assez curieux pour être mentionné ici. Au bout de quelques jours de phénomènes très graves, du pus parut dans les selles, et au milieu du liquide l'*appendice du cæcum tout entier*, coupé circulairement à sa base, et présentant dans son milieu une petite ulcération ronde. M. Manec a conservé la pièce, qu'on ne peut méconnaître pour l'appendice cæcal. Dès que cette partie fut évacuée, le mieux se manifesta, et le malade s'est parfaitement rétabli.

Après la guérison, il reste dans l'endroit qu'occupait la tumeur un point d'induration qui se dissipe ensuite peu à peu. Chez quelques malades, un œdème parfois très persistant se montre dans le membre inférieur du côté affecté ; l'oblitération plus ou moins complète de la veine iliaque en est, sans doute, la cause.

§ V. — Lésions anatomiques.

Quoique les lésions anatomiques que laissent après elles les tumeurs inflammatoires aient un grand intérêt, nous n'indiquerons ici que ce qu'il est nécessaire que le praticien connaisse.

On trouve, soit dans le fond de la fosse iliaque, soit dans les ligaments larges, soit entre l'utérus et le rectum ou l'utérus et la vessie, un foyer purulent, dont l'aspect varie suivant une multitude de circonstances. La maladie a-t-elle été causée par la perforation du cæcum, on voit dans la fosse iliaque droite un vaste abcès communiquant avec l'intestin par une ouverture plus ou moins grande, à bords noirâtres et coupés plus ou moins irrégulièrement. Quelquefois on trouve plusieurs de ces perforations ; d'autres fois, au contraire, c'est de dehors en dedans que la perforation a eu lieu, et l'abcès primitivement formé s'est vidé dans l'intestin. Dans l'un et l'autre de ces cas, les parois du foyer sont formées par du tissu cellulaire plus ou moins épaissi, dont les lambeaux sont gangrenés, et le liquide qu'elles contiennent est brunâtre, fétide. Parfois la perforation s'étant faite du côté du péritoine, on voit un abcès, résultant de l'accumulation du pus retenu dans un point de cette cavité par des fausses membranes promptement formées.

Dans les autres cas, on trouve les organes avoisinant l'abcès, ainsi que les vaisseaux et les nerfs qui traversent, dénudés, ramollis, gangrenés, et le liquide purulent tantôt blanc, tantôt brunâtre, et plus ou moins sanieux. On a suivi des fusées de pus jusque vers la hanche.

Lorsque la maladie est due à la perforation ou à la gangrène de l'appendice cæcal, on trouve ce diverticulum ramolli, noirâtre, ulcéré, en partie détruit, quelquefois

ISTANCES PRINCIPALES DANS LESQUELLES SE PRODUISENT CES TUMEURS.

s signalerons d'abord les *ulcérations du cæcum* qui ont lieu, soit par suite légénérescence cancéreuse limitée, ce qui est très rare, soit par suite d'une nation ulcérative, dont les docteurs J. Burne (1), Albers (2) et d'autres auous ont rapporté des exemples. La perforation qui résulte de cette inflam-, à laquelle Albers donne le nom de *typhlite*, est moins fréquente si l'on s'en e du moins aux cas connus, que la *perforation* et la *gangrène de l'appen-o-cæcal*, qui a également pour résultat de produire, soit une *péritonite* dont e nous occupons pas ici, soit une des tumeurs inflammatoires qui font le e cet article.

ces cas de lésion de l'appendice cæcal et du cæcum lui-même, on peut dire néralement les tumeurs inflammatoires des fosses iliaques et du petit bassin ifestent chez les femmes en couches.

iége primitif du mal est, en pareil cas, très variable, ainsi qu'on en peut ar le résultat des recherches de M. Bourdon (3). Cet auteur divise les tuen trois classes, dont les deux premières nous intéressent seules; car dans es, il s'agit d'abcès siégeant dans l'épaisseur même des organes. Dans la re classe, l'auteur place les *tumeurs inflammatoires intra-péritonéales :* ce s abcès circonscrits par des fausses membranes, occasionnés par une intion de l'utérus ou de ses annexes, et situés entre les organes contenus dans bassin ou dans ces organes mêmes. Dans la seconde classe, mettant à part ections séreuses dont parle M. Bourdon, et qui ne nous occupent pas ici, se it les *tumeurs produites par l'inflammation du tissu cellulaire* qui se trouve ndance dans le grand et le petit bassin.

lle que soit la cause de cette inflammation, qu'elle soit due à l'extension nflammation voisine (métrite, ovarite, inflammation de la capsule synoviale branche du pubis), ou même à un bubon, d'après M. Velpeau; ou bien se soit développée primitivement (inflammation des ligaments larges, du ellulaire de la fosse iliaque chez les femmes en couches); ou enfin qu'elle ait ause la perforation d'une cavité qui se vide dans le tissu cellulaire pelvien ture d'un abcès dans le tissu cellulaire pelvien, infiltration urineuse, sterco-tc.), elle a toujours pour résultat de produire une *tumeur* dont la position rier un peu, mais dont les différents exemples présentent aussi des carac-ommuns qui ne sauraient être méconnus. M. Grisolle, qui a étudié avec plupart des espèces de tumeurs dont il s'agit ici (4), ne croit pas que l'intion phlegmoneuse des ligaments larges soit aussi fréquente que le pensent eurs qui ont écrit sur ce sujet. Mais comment expliquer, dans cette manière . la grande fréquence des abcès de la fosse iliaque chez les femmes en

Westminster hospit. Reports, 1838.
Histoire de l'inflammation du cæcum (*l'Expérience*, 1839).
Des tumeurs fluctuantes du petit bassin, etc. (*Revue médicale*, juillet, août et sep- 1841).
Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, . IV, p. 34, 137, 296).

tantôt moins sonore : or, nous avons vu plus haut que rien de semblable ne s'observe dans les tumeurs inflammatoires du bassin.

Nous ne parlerons ni des *abcès du foie* ni des *hernies*, parce que, en réalité, avec un peu d'attention, on n'a pas à craindre de les confondre avec la maladie dont nous nous occupons.

Pronostic. — Le pronostic de ces tumeurs inflammatoires est grave, puisque, dans les cas rapportés par M. Grisolle, la mortalité a été de plus d'un quart. Cependant on peut penser que ce chiffre est un peu trop fort, à cause des cas qui peuvent passer inaperçus.

Les tumeurs inflammatoires produites par une perforation intestinale sont, sans contredit, les plus fâcheuses; viennent ensuite les abcès chez les femmes en couches, quelle que soit leur cause.

Parmi les modes de terminaison, il en est de plus ou moins graves. Suivant les auteurs, la terminaison par perforation intestinale serait la plus favorable; et Dance a surtout insisté sur ce point, parce que quelques cas de ce genre, terminés heureusement, se sont présentés à lui. M. Grisolle, qui a tenu compte d'un beaucoup plus grand nombre de faits, ne partage pas cette opinion. La mort, en effet, dans les observations qu'il a rassemblées, a été au moins aussi fréquente à la suite de l'évacuation du pus par l'intestin qu'après l'évacuation du pus par toute autre voie.

L'évacuation du pus à travers la paroi abdominale s'est montrée un peu plus favorable; mais il n'en a pas été ainsi lorsqu'il y a eu à la fois ouverture au dehors et dans l'intestin. Ce cas est un des plus fâcheux.

La sortie du pus par les voies urinaires est aussi fâcheuse; mais il n'est pas prouvé que, comme la précédente, elle le devienne davantage lorsqu'il existe en même temps une ouverture de la paroi abdominale.

Le passage du pus dans le vagin ne serait pas une terminaison heureuse, d'après les faits cités par M. Grisolle ; cependant le peu d'accidents que détermine le contact de ce liquide sur la muqueuse vaginale, et la déclivité de l'ouverture, font déjà croire le contraire ; et, si l'on pense que, de l'aveu des auteurs eux-mêmes, la sortie du pus par le vagin peut être facilement méconnue, on admettra difficilement que la gravité de l'expulsion du pus par cette voie soit un fait démontré. D'ailleurs les faits de ce genre rassemblés par M. Grisolle sont très peu nombreux, et, par cela même, insuffisants. M. Fauvel ayant observé une vingtaine de cas d'abcès du bassin chez les femmes, a vu que l'issue du pus par le vagin était fréquente, et cependant il n'a vu succomber que deux malades. Malheureusement ces faits intéressants ne sont pas publiés.

La terminaison par gangrène est fort grave, quoiqu'on ait cité un ou deux faits de guérison après l'expulsion de lambeaux de tissu cellulaire et même de muscles gangrenés.

§ VII. — Traitement.

Les moyens employés par tous les médecins se réduisent à un petit nombre, et n'exigent en général qu'une simple énonciation.

Ce sont d'abord les *émissions sanguines*. La *saignée générale* est ordinairement mise en usage; puis on couvre la tumeur de *sangsues* à une ou plusieurs reprises, *suivant les cas*. M. Grisolle, qui a étudié avec soin l'effet des émissions sanguines

ins cette maladie, a trouvé que leur action, comme moyens propres à prévenir la ppuration, est très hypothétique, et que certainement, dans la très grande marité des cas, elles n'y réussissent pas. Mais elles calment la douleur, elles modènt la fièvre, et, sous ce rapport, on ne peut se dispenser de les employer assez gement.

Les émissions sanguines doivent être aidées des *applications émollientes*, des *ins*, des *boissons délayantes*, et d'une *diète sévère*, tant que la fièvre persiste.

De *doux laxatifs* sont indiqués pour combattre la constipation ; et contre la dour, lorsqu'elle est très vive, on prescrit les *narcotiques*, et surtout l'*opium*.

Quand la tumeur a de la tendance à s'ouvrir au dehors, on doit donner issue pus par une *incision* à la paroi abdominale. Mais à quelle époque? voilà ce qu'il t difficile de déterminer. Suivant quelques praticiens, et Dance en particulier, il ut attendre que la peau soit près de se perforer, ou même la laisser se perforer turellement. M. Grisolle pense qu'il faut agir plus tôt; et si l'on considère que ouverture cutanée coïncidant avec la rupture de l'abcès dans un organe creux, surtout dans l'intestin, est une circonstance fâcheuse, on sera de cet avis; car, agissant un peu plus tôt, on pourra prévenir la perforation intestinale. Dans tous s cas, il faut du moins s'assurer que la peau est adhérente à la paroi de la tuneur, et même attendre qu'il y ait de l'empâtement. On comprend à quels accidents on s'exposerait si l'on n'agissait pas ainsi. C'est au-dessus de l'arcade crurale, t parallèlement à elle, qu'il faut ordinairement plonger le bistouri. Si l'abcès était profond, il faudrait diviser couche par couche.

Un autre point par lequel on peut vider l'abcès est la partie supérieure du vagin. M. Bourdon rapporte plusieurs exemples de terminaison heureuse par ce moyen. Mais si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la ponction des kystes dans ce point, on comprendra qu'il n'est pas sans danger d'agir ainsi. Ce danger n'existerait pas si la fluctuation était très sensible dans la partie supérieure du vagin, et surtout s'il y avait une saillie de la tumeur dans ce point. Aussi ces cas sont-ils les seuls dans lesquels on doive pratiquer l'opération dont il s'agit.

L'écoulement du pus doit ensuite être favorisé. On donne à l'incision la *position la plus déclive* possible; on place une petite *mèche* entre ses lèvres. On renouvelle fréquemment les pansements. On fait des *injections* émollientes d'abord, détersives et légèrement excitantes à la fin.

Dans les cas où il survient une *péritonite suraiguë*, le repos absolu et l'*opium à hautes doses* doivent être prescrits.

(1) Voy. article *Péritonite*, t. IV, p. 426.

CHAPITRE VII.

MALADIES DU SEIN.

ARTICLE Ier.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

[Les maladies des mamelles sont habituellement considérées comme étant exclu-sivement du domaine de la chirurgie, et cela tant à cause de la situation de ces glandes, qui sont une dépendance de la peau, qu'à cause de la nature même des lé-sions qui s'y rencontrent le plus souvent. Ce sont en effet surtout des phlegmons et des abcès, des tumeurs de nature diverse, souvent cancéreuses, des altérations de structure qui se présentent, et pour la cure desquels les moyens chirurgicaux sont volontiers employés. Cependant le cadre des maladies du sein comprend un certain nombre d'états morbides qui sont du ressort de la pathologie médicale. Il est in-contestable, par exemple, que les érysipèles des mamelles symptomatiques de l'in-fection puerpérale, que le gonflement douloureux, le phlegmon du sein survenant pendant une épidémie d'oreillons, que les névralgies, la mastodynie qui se montrent à l'occasion de la dysménorrhée, appartiennent à la médecine autant qu'à la chi-rurgie. Il en sera de même des effets de l'allaitement prolongé, dont les consé-quences si fâcheuses pour la santé de la mère ont été étudiées particulièrement dans ces dernières années.

La fonction générale chez la femme s'exerce par un appareil qui se compose des appareils reproducteurs et des mamelles. Ces deux espèces d'organes sont intime-ment unis par ce lien mystérieux que l'on appelait autrefois *sympathie*, mot tombé aujourd'hui en désuétude et remplacé par l'expression *action réflexe*. Nous n'avons point à examiner ici les questions théoriques, et le fait seul doit nous arrêter; or l'union intime des mamelles et de l'appareil génital proprement dit est démontré par la pathologie autant que par la physiologie. Le développement des mamelles se fait chez les jeunes filles à la même époque que celui des parties génitales, au mo-ment de la puberté; la fonction menstruelle est souvent l'occasion d'une tension douloureuse dans les seins, signe précurseur du flux sanguin de l'utérus; peu de femmes échappent à cet inconvénient. La grossesse, en modifiant l'état des organes génitaux, apporte également une modification importante dans le volume et dans l'apparence des seins: on voit alors les mamelles acquérir un volume plus considé-rable, se développer; les tubercules papillaires deviennent saillants, le mamelon s'allonge, l'auréole se dessine, et une coloration brune s'étend tout autour de l'au-réole; enfin la sécrétion se prépare et se traduit dès les premiers mois par l'écou-lement ou le suintement d'un liquide qui est quelquefois du lait formé, le plus souvent du colostrum. Le mamelon, organe érectile, est sensible aux attouche-ments et éveille des sensations voluptueuses dont le retentissement immédiat a lieu sur l'utérus et les autres parties de l'appareil génital. La succion du mamelon par *la bouche de l'enfant* provoque des tranchées utérines chez la femme récemment

accouchée ; l'excitation du mamelon, la succion, ont pu dans certains cas, précipiter la venue des règles, provoquer les pertes utérines, et même amener un accouchement prématuré. La persistance de la lactation empêche la perte périodique, et les nourrices restent habituellement pendant plusieurs mois dans l'état d'aménorrhée ; le retour des règles diminue et modifie dans ses qualités le lait sécrété. La médecine comparée nous apprend que l'on peut artificiellement prolonger pendant un temps considérable la lactation chez les vaches laitières en détruisant chez ces animaux, alors que la lactation existe, la fonction ovarienne. Enfin personne n'ignore que ces troubles des fonctions menstruelles (la dysménorrhée) retentissent souvent sur les mamelles. Ces considérations montrent assez qu'on ne saurait, même dans un livre d'où la chirurgie est exclue, traiter des maladies des organes génitaux de la femme sans dire quelques mots de certains états morbides qui ont pour siége les mamelles.

ARTICLE II.

MALADIES DE LA MAMELLE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET LES ENFANTS.

Bien que le présent article fasse partie d'une division de ce livre spécialement consacrée aux maladies des femmes, nous ne pouvons cependant nous dispenser d'y réserver quelques paragraphes aux maladies du sein survenant chez les enfants et les jeunes gens. Nous placerons ici immédiatement les quelques mots relatifs à cette catégorie.

Les hommes sont rarement affectés de maladies du sein, et cela se comprend facilement. Ce n'est pas qu'ils soient dépourvus complétement de glandes mammaires : à cet égard, il existe un préjugé fondé sur le petit volume et l'atrophie de ces organes chez l'homme ; mais il n'en est pas moins certain que tout atrophié qu'il est, l'organe existe, et tout inutile qu'il est, il peut cependant encore être le siége de quelques maladies, telles que les kystes, les cancroïdes et les cancers. Ces maladies étant du domaine de la chirurgie, nous ne les décrirons pas.

S'il est vrai que chez l'homme adulte il n'y ait pas de maladie du sein qui intéresse la médecine proprement dite, cette proposition cesse d'être vraie si l'on considère les enfants nouveau-nés et les jeunes gens. C'est un fait connu sans doute de toute antiquité, que les enfants nouveau-nés éprouvent peu de temps après la naissance, dans les mamelles, un gonflement avec sécrétion d'un liquide plus ou moins analogue à du lait. Ce fait vulgaire n'a jamais beaucoup occupé l'attention des médecins : cependant ce gonflement douloureux peut être une gêne pour les enfants ; il se fait même quelquefois une inflammation érysipélateuse autour des mamelles des nouveau-nés ; et nous y avons observé, nombre de fois, des abcès. Nous pensons qu'on ne lira pas sans intérêt les détails qui suivent :

Deux ou trois jours après la naissance, quelquefois un peu plus tard, il se développe, surtout chez les enfants vigoureux, mâles ou femelles, une turgescence des mamelles, lesquelles deviennent globuleuses, dures et se colorent un peu. Il existe une tension douloureuse en ce point. Dans l'immense majorité des cas, ce phénomène physiologique ne dure que peu de jours et ne donne lieu à aucun accident. Souvent il passe inaperçu. Quelquefois il se fait un léger suintement par le mamelon, qui n'est jamais saillant. Ce fait et ceux dont nous allons parler ont été le sujet

de plusieurs mémoires récemment publiés. Il n'existait sur ce point dans la science que quelques phrases de Morgagni. En 1853, M. Natalis Guillot publia un mémoire étendu sur ce sujet (1). En 1856, M. Gübler fit paraître également un mémoire intitulé : *Sur la sécrétion et la composition du lait chez les enfants nouveau-nés des deux sexes* (2), dans lequel il revendique la priorité dans cette sorte d'études. En réalité, cet ordre de faits est encore peu exploré. Nous avons nous-mêmes eu l'occasion, à l'hospice des Enfants trouvés, à la Maternité, et à l'hôpital des Cliniques, d'observer un très grand nombre de fois les faits en question, qui ne sont ignorés d'aucun médecin s'occupant des enfants nouveau-nés. D'après M. Gübler (3), « la sécrétion apparaît quelquefois le troisième jour; le quatrième jour, les glandes sont plus volumineuses, et souvent (11 fois sur 22) elles laissent s'échapper par la pression un liquide assez copieux, dense et opaque. Après le quatrième jour, le nombre des sujets pourvus de lait augmente graduellement, et la sécrétion s'accroît de même. La progression continue jusqu'au huitième jour, où elle atteint sensiblement son maximum; puis l'état reste à peu près stationnaire pendant quelques jours encore. Du neuvième au douzième jour, sur 65 enfants, un seul n'avait pas de lait. A l'âge d'un mois, il est rare que la sécrétion laiteuse n'ait pas totalement cessé. » L'abondance de la sécrétion n'est pas toujours en rapport avec la vigueur des enfants. Cette sécrétion est véritablement du lait; MM. Quevenne et Gübler en ont fait l'analyse (voy. *loc. cit.*).

Dans les cas d'engorgement simple du sein, il y a quelquefois lieu, pour le médecin, d'intervenir. Il existe dans certains pays, principalement en Bourgogne où les nourrices de profession abondent, une pratique traditionnelle qui consiste à faire écouler par la pression, le trop-plein des mamelles chez les nouveau-nés qui paraissent souffrir de cet engorgement. L'emploi des topiques émollients (cataplasme de fécule ou de graine de lin) et d'un léger laxatif comme le sirop de chicorée à la dose de 20 ou 30 grammes, suffit en général pour faire cesser assez rapidement cet état, du reste peu grave.

L'engorgement des mamelles chez les nouveau-nés peut dépasser les limites physiologiques; et, en pareil cas, il y aurait, suivant M. Natalis Guillot, sept fois sur huit érysipèle, au niveau de la mamelle. On comprend qu'il y a lieu d'apporter un examen critique sévère à l'appréciation de faits de cette nature. En effet, il est rare que l'érysipèle de la mamelle atteigne les enfants sains, bien portants, et vivant dans un milieu salubre; tandis que dans ces foyers de maladie, d'infection, qu'on appelle hôpitaux, les enfants, surtout en cas d'épidémie de fièvre puerpérale, sont exposés à cette terrible intoxication qui se traduit par la péritonite, l'omphalite, la suppuration des vaisseaux ombilicaux et les érysipèles. On ne saurait donc juger de ce qui se passe dans le monde d'après la pratique des hôpitaux. Quoi qu'il en soit, lorsque la mamelle est le siége d'un phlegmon simple, et que l'enfant n'est pas sous l'influence d'une affection nosocomiale, ce phlegmon peut ne pas présenter de gravité, et c'est, on peut le dire, ainsi que les choses se comportent dans la grande majorité des cas. L'emploi des topiques émollients et l'ou-

(1) *De la sécrétion du lait chez les enfants nouveau-nés, et des accidents qui peuvent l'accompagner* (*Arch. gén. de méd.*, novembre 1853).

(2) *Mémoires de la Société de biologie*, 1856.

(3) *Loc. cit.*

verture de l'abcès en temps utile, à l'aide de la lancette, sont les seuls moyen qui conviennent; dans aucun cas et sous aucun prétexte, il ne faut avoir recour aux émissions sanguines chez les enfants nouveau-nés. Il n'existe pas de traitement particulier de l'érysipèle chez les nouveau-nés. Que cet érysipèle soit symptomatique d'un état infectieux, ou qu'il soit purement accidentel, local, en tout cas, la seule préoccupation du médecin doit être de diminuer la douleur par des lotions émollientes, ou l'application de cataplasmes ou de corps gras, l'usage modéré des bains tièdes, et surtout de fortifier l'enfant contre son mal en le maintenant au contact d'une bonne nourrice.

ARTICLE III.

TUMÉFACTIONS DOULOUREUSES PARTICULIÈRES A L'ADOLESCENCE ET A LA PUBERTÉ.

Il y a un autre moment de la vie où se produisent des engorgements du sein d'une espèce particulière, et distincts de ceux qui se montrent chez les femmes. Nous voulons parler de l'adolescence. Il n'est pas rare d'observer, chez des enfant qui arrivent à la puberté, un engorgement de l'un des seins, ou de tous les deux à la fois. Il se produit une tuméfaction douloureuse, soit spontanément, soit à l'occasion d'une cause traumatique légère, comme le frottement de la bretelle par exemple.

Ces engorgements sont, en général, assez douloureux, et persistent quelquefois pendant plusieurs semaines; ils ne donnent pas lieu, le plus souvent, à de la fièvre. Cependant il peut arriver qu'il y ait, en pareil cas, un léger mouvement fébrile, et qu'il se produise un phlegmon.

Ce n'est pas seulement à l'âge de douze ou de quatorze ans que ces faits se produisent; on en voit des exemples chez les jeunes soldats, c'est-à-dire vers l'âge de vingt ou vingt-deux ans. Quelquefois il existe en même temps une orchite. Les frictions avec des corps gras, les cataplasmes, les bains, des purgations douces, doivent seulement être employés en pareil cas.

ARTICLE IV.

ENGORGEMENT DES MAMELLES.

Quel que soit le sens que l'on attache au mot *engorgement*, et quelle que soit la théorie à l'aide de laquelle on explique l'intumescence rapide d'un organe comme la mamelle, il n'en faut pas moins accepter comme certain que cet organe augmente rapidement de volume, et devient cause de gêne et de douleurs dans diverses circonstances. Il y a un engorgement physiologique, suivant l'expression de M. Velpeau, c'est celui qui survient à l'approche des règles, surtout chez les jeunes femmes et chez les demoiselles. La grossesse et certains troubles menstruels sont aussi des circonstances qui amènent des changements dans le volume des seins. Dans ces cas, dit M. Velpeau (1), « la gorge prend un excès de volume, de densité, de sensibilité notable dans l'espace de quelques jours, et souvent de quelques heures. A

(1) *Traité des maladies du sein*, 2e édition. Paris, 1858, p. 186.

[redacted]

cet excès de volume se joignent un peu plus de chaleur et un peu plus de sensi-
lité qu'à l'ordinaire; le mamelon proémine, se colore davantage, et la teinte br
de son auréole augmente en même proportion. Toute la mamelle, en un mot, épro
un excès de tension. Cet engorgement que j'appelle *physiologique*, parce qu'
rattache aux fonctions même du mystère génital, et qu'il ne mérite pas en ré
le nom de maladie, se dissipe presque toujours au bout de quelques heures ou
quelques jours; indisposition très passagère, rarement il se prolonge au delà d'
semaine. Comme certaines femmes en sont cependant assez incommodées, il
bon de savoir qu'on le calme, qu'on l'éteint, à l'aide de topiques, soit résol
soit stupéfiants, ou narcotiques. Des linges imbibés d'eau de Saturne, des onct
avec les liniments ou la pommade chargés de préparations opiacées, de bellado
ou de jusquiame, en triomphent d'ordinaire très rapidement. Quelques bains mu
cilagineux, un peu de camphre en lavement et des boissons acidulées le calme
également. On n'en viendrait à l'opium, à une saignée, à des sangsues autour d
sein, que si les mamelles étaient assez sensibles pour causer de l'insomnie. »

Nous ne parlerons pas ici de l'engorgement chronique qui le plus souvent masq
un travail inflammatoire sourd et profond, ou le développement d'une affection or
ganique de la mamelle.

ARTICLE V.

ENGORGEMENT LAITEUX.

§ I. — Considérations générales.

Le gonflement des seins, par suite de l'accroissement de l'activité fonction
qu'y occasionnent la grossesse et l'allaitement, est un fait physiologique; mais c
état normal devient facilement anormal lorsque le gonflement dépasse certain
limites. Il y a alors une gêne et une tension très pénibles, la mamelle devie
énorme, et, chez les femmes qui ne donnent pas le sein à leur enfant ou qui ont l
mamelon mal conformé, l'engorgement fait des progrès constants et rapides. Que
la succion des seins ou un écoulement naturel ont lieu, l'engorgement est assez faci-
lement dissipé. Dans le cas contraire, la mamelle devient dure, tendue, la peau est
lisse et brillante à ce niveau; la glande paraît comme bosselée et collée sur la poi-
trine, elle est privée de mobilité; une teinte rouge ou bleuâtre se prononce, et i
survient de la fièvre.

§ II. — Causes.

Parmi les *causes* de cet engorgement il faut citer d'abord les refroidissement
les coups d'air, les gerçures du mamelon, l'impossibilité de donner à teter, le s
vrage, la montée trop rapide du lait.

§ III. — Terminaison.

La *terminaison* est ou la résolution, ou un abcès. Le premier mode de termina
son est le plus fréquent. Le second a cela de fâcheux que les abcès de la mamel
sont, en raison même de la structure anatomique de cet organe, situés profond
ment, isolés les uns des autres, et que le pus se fait difficilement jour au dehors. C

s de abcès sont par conséquent douloureux et lents à guérir. En outre, la lactatio fort compromise, et par suite la santé des nouveau-nés éprouve un dommag considérable. Nous ne traiterons pas ici du phlegmon de la mamelle, dont on trou la description dans les livres de chirurgie.

§ IV. — Traitement.

Le *traitement* le plus rationnel au début est de faire dégager les seins par u enfant assez vigoureux et assez exercé pour que les premières difficultés de suc ne le rebutent pas. Les liniments suivants sont employés avec succès.

Eau de laurier-cerise	60 gram.
Extrait de belladone	3 gram.
Ether	30 gram.

M. Velpeau recommande la formule suivante :

Huile d'amandes douces	100 gram.
Extrait de belladone	1 gram.
Ammoniaque	4 gram.
Camphre	2 gram.
Jaunes d'œufs	n° 2.
Ether	2 gram.

Lorsque les accidents ne disparaissent pas, et qu'il y a menace de phlegmon, avec réaction intense, fièvre, douleurs vives, on peut avoir recours aux émissions sanguines et aux cataplasmes arrosés de quelques gouttes de laudanum. Les purgatifs, surtout si la femme ne doit pas allaiter, seront aussi employés avec avantage.

ARTICLE VI.

HYPERTROPHIE DES MAMELLES.

§ I. — Considérations générales.

L'hypertrophie des mamelles peut affecter les deux seins ou l'un des seins seulement, ou même une partie de l'un des seins. Cependant il est plus habituel de voir cette maladie se montrer sur les deux seins à la fois. Le mot *hypertrophie* n'a pas un sens tellement défini, qu'on puisse se dispenser de le déterminer. Par là on entend l'augmentation de volume, soit de la masse d'un organe, soit de ses éléments constitutifs ; cependant, à la mamelle, il y a lieu de faire une distinction qui a de l'importance. L'augmentation de volume des seins peut porter sur tout ou partie des éléments complexes qui entrent dans la composition de ces organes. La graisse peut prédominer, la glande elle-même et le tissu fibreux qui en forment la trame peuvent s'hypertrophier. Dans l'hypertrophie en masse, les mamelles conservant leur proportion et leur forme, tout en croissant énormément, les choses se comportent comme nous venons de le dire. Quant à l'accroissement en volume des éléments glandulaires seuls, des culs-de-sac et de l'épithélium de la glande, et à leur multiplication avec déformation, c'est un genre de lésion qui appartient surtout à

l'hypertrophie partielle, et qui rentre dans un ordre de faits que nous n'aborderons pas ici ; c'est dans les livres de chirurgie, à l'article *tumeur* (*adénoïde*), qu'il faut chercher la description de cette maladie.

§ II. — Anatomie pathologique.

M. Scanzoni (1) définit ainsi l'hypertrophie dont nous avons à nous occuper : « L'hypertrophie générale des mamelles peut amener une augmentation énorme de poids et de volume ; elle porte ordinairement sur les deux organes. L'excès de volume est dû principalement à l'accroissement du tissu adipeux, l'hypertrophie du parenchyme glandulaire n'y est que pour une part très secondaire. Sur la surface de section, les tissus sont ou bien très vascularisés, sillonnés en tous sens par des vaisseaux dilatés et gorgés de sang, ou bien, au contraire, très anémiques et très secs. Le premier de ces deux états se rencontre surtout lorsque la maladie s'est développée rapidement chez des sujets jeunes ; les conduits galactophores et les lobules de la glande sont alors ordinairement agrandis ; les premiers sont dilatés et quelquefois remplis de lait. La mamelle hypertrophiée est au contraire anémique, lorsque l'affection n'a fait que des progrès très lents. » Suivant M. Velpeau (2), l'hypertrophie des mamelles, dont il est ici question, doit prendre le nom d'*hypertrophie diffuse*. Cette altération a été désignée sous les noms de *grosses mamelles*, *mamelles éléphantiasiques*. D'après cet auteur, l'hypertrophie peut porter isolément sur le tissu adipeux ou sur la glande proprement dite, ou bien sur l'élément fibreux ; dans d'autres cas, l'hypertrophie comprend à la fois les trois tissus. Cette hypertrophie peut atteindre des proportions considérables.

§ III. — Fréquence.

On ne trouve pas dans les auteurs de statistique sérieuse à cet égard. En réalité, ce genre de lésion paraît rare ; elle est, à ce qu'il semble, plus fréquente aux Indes, en Amérique, en Égypte, en Angleterre et en Allemagne.

§ IV. — Causes.

L'*âge* exerce une certaine influence sur l'hypertrophie des mamelles. A. Cooper pense que cette affection se développe principalement entre trente et trente-cinq ans ; cependant il en cite un cas observé sur une jeune fille de quinze ans. Le *célibat*, suivant le même auteur, pourrait être considéré comme une cause prédisposante de cette affection. Pour M. Scanzoni (3), il existerait une connexion entre cet état morbide et certains troubles des fonctions générales : la suppression subite des règles a souvent été accusée d'en être la cause ; cet auteur pense que quelquefois le développement physiologique des glandes mammaires à l'âge de puberté, pendant la grossesse et la lactation, peuvent, en s'exagérant, être la cause première d'une nutrition anormale. Il est rare, suivant le même auteur, que l'hypertrophie des mamelles soit précédée d'inflammation.

M. Velpeau dit n'avoir pas vu d'exemple de cette lésion avant quinze ans, n après quarante ans.

(1) *Traité pratique des maladies des organes sexuels*. Paris, 1858.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

On voit, par ce qui précède, que les causes de l'hypertrophie des mamelles sont mal connues, mais que quelques auteurs les rapportent volontiers à des modifications survenues dans les fonctions génitales.

§ V. — Symptômes, marche, terminaison.

Le début de l'hypertrophie ne présente aucune particularité digne d'être notée, et cet accroissement de volume n'est point douloureux d'abord; aussi n'existe-t-il dans les premiers temps aucune préoccupation. Cependant, lorsque la marche de l'affection est assez rapide, il y a une sensation de tiraillement, et des douleurs névralgiques s'irradiant vers l'aisselle ; quelquefois la peau, au début, est rouge et douloureuse au toucher; peu à peu, suivant M. Scanzoni (1), les douleurs cessent, et l'accroissement de la mamelle fait des progrès plus lents. Lorsque le volume est considérable, les malades éprouvent une gêne qu'il est facile de comprendre. On a vu, en effet, une seule mamelle acquérir le poids énorme de 30 livres; ces organes tendent alors à se pédiculer et peuvent pendre jusqu'au niveau des genoux. Parmi les symptômes propres à cette affection, les plus intéressants sont ceux qui se montrent du côté des organes génitaux. D'après M. Velpeau, en pareil cas, « les règles perdent de leur abondance, et ne reviennent pas à des époques aussi exactes; souvent même elles se suppriment tout à fait (2). »

Le *pronostic* est en général fâcheux. Il faut d'abord tenir compte de la difformité et de la gêne qui résulte de ce poids considérable; en outre, l'expérience montre que les dégénérescences ou altérations organiques des éléments du sein se produisent souvent en pareil cas; enfin il peut résulter, de l'affection seule, un amaigrissement, un trouble profond des fonctions digestives et le marasme. Lorsque la maladie a fait des progrès notables, la guérison paraît difficile à obtenir. Un fait important à signaler, c'est que cette hypertrophie a été notée comme étant un obstacle à la conception.

§ VI. — Traitement.

Le *traitement* qui a été le plus employé dans ces dernières années est l'iode, qui paraît jouir de la propriété d'atrophier certaines glandes, surtout les mamelles. L'iode, l'huile de foie de morue, l'huile iodée, la ciguë, l'iodure de potassium, l'iodure de fer, paraissent à M. Velpeau les meilleurs remèdes à employer dans les premiers temps. On a conseillé la compression méthodique. L'extirpation de la mamelle est une opération grave, et à laquelle il ne faut avoir recours que dans des cas où cette dernière ressource paraît, en raison du bon état des malades, devoir offrir des chances suffisantes de succès, et aussi dans des conditions déterminées, ainsi que l'indique très bien M. Velpeau. Ce chirurgien ne propose l'extirpation que chez les malades où la tumeur, plus ou moins mobile, est pendante et douée d'une sorte de racine, c'est-à-dire quand l'hypertrophie porte plutôt sur le tissu glanduleux que sur les autres éléments de la région, ou quand les téguments sont assez souples, assez sains pour permettre d'en conserver la quantité, l'étendue nécessaires au rapprochement des lèvres de la plaie.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Traité des maladies du sein*. Paris, 1858, p. 210.

ARTICLE VII.

DOULEURS NÉVRALGIQUES DES MAMELLES (*mastodynie*).

§ I. — Considérations générales.

Nous ne traiterons pas ici des douleurs provoquées et entretenues par la présence d'une tumeur du sein : or, on sait qu'un grand nombre de tumeurs, principalement les tumeurs dures, squirrheuses, peuvent donner lieu à des douleurs vives. Nous laisserons également de côté la question, d'ailleurs importante, des névromes, du moins de ces petites tumeurs insignifiantes et bénignes en elles-mêmes, mais dont le développement en certains points, peut-être sur le trajet des nerfs sensibles, donne lieu à des douleurs. Cette maladie est purement chirurgicale, et l'ablation de ces tumeurs est le seul remède efficace.

Il existe une autre affection du sein, consistant dans des douleurs névralgiques qui ne paraissent pas tenir à une tumeur ni à une altération locale quelconque, et qui sont sympathiques ou constitutionnelles. Nous en dirons quelques mots.

§ II. — Causes, siége.

On doit supposer à priori que le siége de ces douleurs névralgiques est dans les nerfs sensibles qui se distribuent à la mamelle, mais il n'est pas toujours facile d'en limiter exactement le siége : ainsi M. Velpeau avoue avoir en pareil cas exploré en pure perte avec les doigts le trajet des nerfs intercostaux et des filets venant du plexus cervical. Tout ce que l'on peut dire, c'est que ces douleurs partent rarement d'un point précis, qu'elles sont habituellement sans siége fixe, et que la mamelle tout entière, et quelquefois les régions voisines, sont endolories. Tous les auteurs sont d'accord pour dire que cette affection ne se rencontre que chez les jeunes femmes de vingt à quarante ans, principalement les chlorotiques, ou dans les cas de dysménorrhée : en un mot, dans les conditions où se rencontre la névralgie, quel qu'en soit le siége. Les femmes nerveuses, irritables, impressionnables, celles en un mot qui sont affectées de névrosisme, y sont surtout prédisposées. M. Velpeau, qui s'est occupé de cette maladie en 1838, et plus récemment en 1858 (1), pense qu'elle se rencontre souvent vers l'âge de retour et chez les femmes de trente à quarante ans.

§ III. — Diagnostic, symptômes, marche.

Le *diagnostic* de cette affection ne présente pas de difficultés sérieuses. Il ne faut pas s'attendre à trouver en pareil cas une modification dans le volume, la forme, la coloration de la mamelle, pas plus qu'il n'existe de modification apparente des tissus dans les cas de névralgie en général. Le caractère de la douleur est l'irradiation en divers sens, soit vers l'épaule, l'aisselle, la hanche, soit en arrière, au dos ; il n'est pas rare de voir tout un côté du corps occupé par la névralgie. Ces douleurs sont rarement continues ; le plus souvent elles sont inter-

(1) *Traité des maladies du sein*, p. 321.

ittentes ou rémittentes, s'exacerbant à de certaines heures ; quelquefois elles sont anchement intermittentes et reviennent à époque fixe. L'intensité de ces douurs varie considérablement ; elles sont tantôt profondes, confuses, vagues ; 'autres fois excessivement intenses, et réclament l'intervention active de l'art. Il e paraît pas que ces douleurs soient fréquemment accompagnées de fièvre. La iarche de cette affection est variable. Ce qu'on en peut dire de plus certain, c'est ue deux grandes causes en modifient la durée et l'intensité, c'est l'état de l'esrit et celui des fonctions menstruelles, dont le retour peut mettre fin à la maidie.

Le *pronostic* doit donc se tirer ici de circonstances prises en dehors de l'état de ı mamelle elle-même. Si l'on a affaire à une jeune femme bien constituée dont les ègles éprouvent du retard, on n'ignorera pas que le retour de ce flux peut faire esser les accidents. S'il s'agit d'une femme de quarante à quarante-cinq ans, arivée à l'époque de la ménopause, le pronostic sera moins favorable et ne s'apniera que sur des données incertaines. Si la débilité de la constitution, la chloose, paraissent dominer l'état local, on aura dans la thérapeutique les moyens de nodifier le pronostic. On ne cite pas d'exemples de névralgies de la mamelle ayant u une issue funeste.

§ IV. — Traitement.

Nous empruntons à M. Velpeau les indications suivantes pour le traitement (1) : « On a à invoquer ici les mêmes secours que pour toute autre névralgie : les bains » généraux gélatineux, alcalins, sulfureux ; les narcotiques à l'intérieur ; le bis» muth, le zinc, les antipériodiques, le sulfate de quinine en particulier ; les eaux, » les préparations ferrugineuses ; tout ce qui peut régulariser la menstruation, le » mariage, les distractions, les voyages, les changements d'habitude ou de ré» gime..... » Le médecin doit s'appliquer avant tout à calmer les inquiétudes des nalades et les soustraire à l'idée qu'elles se font de la gravité et de l'incurabilité de eur maladie. Les moyens locaux qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats ont les frictions avec le liniment ammoniacal, avec une pommade belladonée, les etits vésicatoires volants, etc. M. Velpeau recommande comme très efficace une ratique, fort simple du reste, qui consiste dans un bandage destiné à tenir relerée la mamelle et à la comprimer légèrement. Ce moyen a suffi dans plusieurs cas our amener un soulagement notable, et même pour faire disparaître les douleurs iévralgiques.]

(1) *Traité des maladies du sein*, p. 323.

[redacted]

LIVRE ONZIÈME.

Maladies du tissu cellulaire, de l'appareil locomoteur et des organes des sens.

Nous étudierons dans quatre sections distinctes : 1° les maladies du tissu cellulaire ; 2° celles du système locomoteur ; 3° celles de l'oreille ; 4° et enfin les affections de la peau.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE.

Nous décrirons seulement l'*œdème des nouveau-nés* et l'*anasarque*.

ARTICLE Ier.

ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS.

On a voulu rattacher à cette affection un fait rapporté par Uzembezius (1) ; mais, en examinant l'observation, on voit qu'il est question dans ce fait de l'*endurcissement du tissu cellulaire*, du moins c'est là ce qui est le plus probable, car l'observation est très incomplète. Plus tard, Underwood (2) a eu également en vue l'endurcissement adipeux. Il faut arriver aux recherches d'Andry (3) et d'Auvity (4) pour avoir des renseignements un peu utiles sur l'affection qui nous occupe. Plus tard, M. Troccon (5), A. Dugès (6), Denis (7), Léger (8), Palletta (9), et surtout Billard (10), nous ont donné des recherches importantes sur cette affec-

(1) *Éphémérides des curieux de la nature*, 1718.
(2) *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1833, t. II, p. 624.
(3) *Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire* (*Mém. de la Soc. royale de méd.*, 1785, p. 207).
(4) *Ibid.*, 1788, p. 122.
(5) *Essai sur les maladies des enfants nouveau-nés*, thèse. Paris, 1814.
(6) *Dissertation sur quelques maladies peu connues des enfants nouveau-nés*, thèse. Paris, 1821.
(7) *Recherches d'anatomie et de physiologie pathologique sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés*. Commercy, 1826.
(8) *De l'endurcissement du tissu cellulaire*, thèse. Paris, 1823.
(9) *Exercit. pathologicæ*. Mediolani, 1820, p. 123.
(10) *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1837, in-8°.

tion du premier âge de la vie. En 1835, nous avons publié (1) nos premières observations sur cette affection, et nous les avons complétées dans notre ouvrage sur les maladies des enfants nouveau-nés (2).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

C'est une affection consistant dans un œdème étendu, accompagnée ou non, à une certaine époque, de l'endurcissement du tissu adipeux, et dans laquelle on remarque la stase du sang veineux et une torpeur plus ou moins considérable de toutes les fonctions.

On a donné à cette maladie les noms d'*endurcissement*, d'*induration du tissu cellulaire ;* d'*œdème compacte*, d'*œdème algide*, de *squirrhosarque*, de *sclérème*, de *sclérémie.* Nous l'avions d'abord désignée sous le nom d'*asphyxie lente des nouveau-nés*, mais plus tard nous lui avons conservé celui d'*œdème des nouveau-nés*, généralement admis.

La *fréquence* de cette affection est assez grande dans les hospices des nouveau-nés, et très peu considérable, au contraire, dans la pratique civile. Nous verrons plus loin à quelle cause il faut attribuer cette différence.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes, nous trouvons d'abord la *faiblesse* de l'enfant. Presque tous les avortons que l'on observe à l'hospice des Enfants trouvés offrent un œdème souvent fort étendu. Cependant on ne peut pas admettre que cette cause soit nécessaire, puisque des enfants parfaitement développés présentent parfois la même affection.

Age. — Cette affection ne se montre que chez les enfants tout nouvellement nés. Si l'on a avancé le contraire, c'est qu'on s'est laissé tromper par une autre affection.

Sexe. — Toutes les fois qu'on a tenu compte du sexe des malades, on a trouvé un nombre beaucoup plus considérable de garçons que de filles. Cette circonstance tend à faire penser que la *difficulté de l'accouchement*, qui, comme on le sait, est plus grande pour les garçons que pour les filles, et sans doute l'*état de congestion* plus considérable dans lequel se trouvent les premiers, ne sont pas sans influence sur la production de la maladie. Toutefois c'est un point qui demande de nouvelles observations.

Les *saisons* ont une influence évidente sur le développement de la maladie. En réunissant, en effet, les cas que nous avons observés à ceux qui ont été rapportés par Billard, on trouve que, sur 515, 339 s'étaient montrés dans les six mois les plus froids de l'année. Nous allons voir tout à l'heure comment agit le froid, qui est la principale cause déterminante.

(1) *De l'asphyxie lente chez les enfants nouveau-nés*, thèse. Paris, 1835.
(2) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838, in-8°, p. 601.

[redacted]

2° Causes occasionnelles.

La seule cause occasionnelle qui soit bien connue est l'action du *froid*. Parmi les enfants qui viennent de la Maternité à l'hospice des Enfants trouvés, il en est fort peu qui présentent l'œdème des nouveau-nés ; et ceux qui sont dans ce cas sont presque tous des avortons. Or on sait que les enfants qui viennent de la Maternité sont transportés avec tous les soins convenables ; ceux qui viennent de la ville, au contraire, sont très souvent mal vêtus, et font un long trajet sans être protégés contre le froid.

Les enfants œdémateux appartiennent presque tous à la classe pauvre : on pourrait supposer que le défaut de *soins hygiéniques*, autres que la préservation du froid, a une certaine influence sur le développement de la maladie ; mais cette circonstance, que l'œdème se montre ordinairement dans les temps froids, prouve que la cause que nous avons admise est la seule évidente.

§ III. — Symptômes.

Le symptôme capital, caractéristique de la maladie, est l'œdème. Quelques auteurs ont prétendu que l'affection dont il s'agit peut avoir lieu sans œdème ; de ce nombre sont MM. Bouchut (1) et Thirial (2). Nous avons démontré ailleurs (3) que l'opinion de ces auteurs est la conséquence de la confusion qui existait dans la science avant les dernières recherches.

L'infiltration se manifeste, comme nous l'avons dit plus haut, dans les premiers jours qui suivent la naissance. Nous ne l'avons jamais vue survenir après le troisième jour. Les cas cités par Naudau (4), et dans lesquels l'œdème se serait montré chez des enfants âgés de quatre mois et plus, appartiennent à une autre affection. Il en est de même du cas de sclérème observé par M. Thirial chez un adulte.

L'œdème envahit d'abord les extrémités inférieures. Hulme (5) a prétendu que l'infiltration n'a pas de point de départ fixe ; mais cet auteur n'a pas eu en vue une affection bien déterminée.

Les pieds présentent d'abord une saillie à leur face dorsale ; puis la face plantaire devient à son tour saillante, et quelquefois au point d'avoir la *forme de dos d'âne*. Les jambes présentent une dureté légèrement pâteuse. Bientôt les mains et les avant-bras sont envahis de la même manière ; ensuite la face se tuméfie en même temps que les cuisses et les bras ; puis le scrotum ou les grandes lèvres, le pénil, l'hypogastre ; enfin le tronc est le dernier atteint, et le plus souvent il n'est pas envahi par l'œdème.

L'enfant est alors bouffi ; les paupières se gonflent au point de devenir quelquefois demi-transparentes.

Dans cet œdème, comme dans toutes les infiltrations du tissu cellulaire sous-cutané, les parties affectées *conservent l'empreinte du doigt* ; seulement, comme

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* 2ᵉ édition, Paris, 1855, p. 708.

(2) *Du sclérème chez les adultes, etc.* (*Journ. de méd.*, 1845).

(3) *Archives générales de médecine.*

(4) *Mémoires de la Société royale de médecine*, 1788.

(5) *De indur. telæ cellul. in rec.-nator. corp.*, etc. (Mémoires de la Soc. *royale de méd.*, *1788*).

l'infiltration a lieu ordinairement d'une manière très rapide, cette empreinte d mande une assez grande force de pression pour être produite, et disparaît promp tement. C'est ce qui a trompé quelques auteurs qui ont tiré de fausses conséquenc de leur expérimentation incomplète. Ils ont cru que la peau ne conservait pas moindre trace de la pression, et ils en ont conclu que le tissu était non œdémati mais endurci, ou bien que le liquide infiltré était congelé, épais, etc. Ce qui prou qu'il n'en est rien, c'est qu'avec une pression forte et persistante, on rend l'en preinte très marquée et assez lente à se dissiper.

On a dit aussi que la peau ne peut pas se plisser, et paraît adhérente au tis sous-jacent; le fait est inexact. Dans les premiers moments, lorsque l'œdème e peu considérable, on peut faire facilement des plis à la peau, et plus tard on pe encore, quoique difficilement, la faire glisser sur les parties qu'elle recouvre. To ces erreurs viennent de ce qu'on n'a pas distingué l'œdème de l'endurcisseme adipeux : confusion dans laquelle quelques médecins voudraient nous faire r tomber.

Quelquefois on trouve un des côtés du corps beaucoup plus infiltré que l'autr C'est une simple conséquence de l'action de la pesanteur, comme il est facile s'en assurer. En laissant, en effet, l'enfant couché sur un côté pendant vingt-qu tre heures, on voit ce côté s'infiltrer beaucoup plus, et *vice versâ*.

Lorsqu'on peut assister au commencement de la maladie, ce qui est fort ra On est d'abord frappé de la *coloration des téguments*. La peau a une couleur vi lette plus ou moins foncée, remarquable surtout aux extrémités et à la face. Da cette dernière partie, une teinte bleue se mêle à la coloration violette, et ce so surtout les lèvres qui prennent la couleur bleuâtre. Dans quelques cas, néanmoi les joues présentent une coloration d'un rouge assez vif. Le corps est partout d' rouge foncé, ou bien couvert de larges taches violacées séparées par des interval plus clairs et parfois blanchâtres.

A une époque plus avancée de la maladie, cette coloration change ordinairem d'une manière très frappante. La face jaunit, sans en excepter les sclérotiques d quelques cas, et le corps participant à cette coloration, l'enfant devient d'un *jau terne* dans toutes ses parties.

Un autre phénomène remarquable, c'est que la *température du corps* tout e tier est notablement abaissée, et plus aux extrémités que partout ailleurs. M. H. R ger, dans un mémoire intéressant (1), a étudié d'une manière beaucoup plus p cise qu'on ne l'avait fait avant lui cet abaissement de la température chez les enfa œdémateux. Il résulte des recherches de cet auteur que la calorification est dir nuée même dans l'intérieur de la bouche, et que le degré de température moyenne normale étant 37°,08) peut descendre à 33 degrés et même à 26 degr Ce refroidissement va croissant à mesure que la maladie fait des progrès.

Si maintenant nous passons en revue l'état des diverses fonctions, nous les tro verons toutes dans une torpeur plus ou moins grande, suivant que la maladie plus ou moins intense et qu'elle est parvenue à une époque plus ou moins avanc

La *circulation* est toujours faible et embarrassée. Il est très difficile de comp

(1) *De la température chez les enfants* (*Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1844, 1845, VI, VII, *VIII, IX*).

le *pouls*, tant à cause de la faiblesse des pulsations que de l'œdème qui empêc
de sentir distinctement l'artère. Le nombre des pulsations, dans les cas où l'on
pu les compter convenablement, ne s'est guère élevé au-dessus de 72 ; il est sou-
vent de 60. Nous avons trouvé les *battements du cœur* assez distincts dans le pl
grand nombre des cas, et les bruits médiocrement sonores. Quelquefois ils so
obscurs et ralentis.

La *respiration* est toujours plus ou moins embarrassée; mais l'embarras e
différent suivant les cas. Le plus souvent le nombre des inspirations est moi
considérable qu'à l'état normal. Quelquefois, au contraire, il est plus con
dérable; presque toujours alors il y a complication de pneumonie, ou du moi
d'engouement pulmonaire. Ces résultats, auxquels nous étions parvenu par l'ana-
lyse de nos observations, ont été confirmés par les recherches de M. Roger. Le
inspirations sont pénibles, courtes, et dans leur intervalle la poitrine retombe da
une immobilité presque complète. Quelquefois la respiration est si faible, qu'on l
distingue à peine. Dans quelques cas, on note une véritable anhélation, mais c'e
dans les cas compliqués.

Le *cri* est important à étudier; ses caractères ont frappé tous les observateu
Lorsque l'affection a fait de grands progrès, il est aigu, entrecoupé, extrêmem
faible, souvent étouffé et voilé. Dans les cas légers, le cri est presque à l'état nor-
mal, et même dans ceux où il est le plus altéré, si l'on excite fortement l'enfan
il finit par prendre de la force et de la gravité.

La coloration violacée que nous avons notée à la face se fait remarquer jusq
dans l'intérieur de la *bouche;* la langue est humide et participe au refroidissem
général. L'enfant ne manifeste aucun désir de boire et de manger ; il n'exerce q
de très faibles mouvements de succion quand on lui introduit le doigt dans
bouche. Du reste, il n'y a aucun symptôme remarquable du côté du *ventre.*

A ces symptômes il faut joindre l'engourdissement de toutes les *sensations.* Il
est tel, que, si l'on abandonnait les petits malades, ils succomberaient sans se plain-
dre, lorsque la maladie a débuté avec une certaine gravité. Chez quelques-uns, la
sensibilité paraît fort obtuse, et ordinairement elle l'est assez pour que, pendant
l'exploration, il n'y ait pas d'agitation notable.

Les *mouvements* sont lents, difficiles à provoquer par les excitations de toute
espèce; mais nous n'avons observé ni tétanos ni trismus, et c'est sans doute pa
erreur que quelques auteurs ont signalé ces convulsions comme appartenant
l'œdème des nouveau-nés.

Un phénomène remarquable, c'est l'*occlusion permanente des paupières* dan
tous les cas d'une certaine gravité. Elle ne dépend pas de l'infiltration, car on l'ob-
serve lorsque les paupières sont parfaitement libres, aussi bien que quand elles sont
œdématiées. Dans les cas légers, lorsqu'on expose les petits malades à une lumière
vive, ils entr'ouvrent les yeux, mais les referment bientôt.

Dans les derniers jours, lorsque l'affection doit se terminer par la mort, l'œ-
dème envahit tout le corps, excepté la poitrine ; le froid devient intense, surtout
aux extrémités; une écume sanguinolente s'échappe de la bouche, dans un assez
grand nombre de cas ; quelquefois on voit de la sérosité, également sanguinolente,
s'écouler par le nez et quelquefois aussi s'échapper d'entre les paupières, et bien-
tôt le malade s'éteint sans agonie pénible. Dans un certain nombre de cas, des com-

:ations, et surtout l'inflammation des poumons, viennent ajouter leurs symptômes ε précédents, et hâter la mort.

Lorsque la maladie tend à la guérison, la respiration devient d'abord plus fa- e, puis la circulation prend de la force; l'enfant se réveille, ouvre les yeux, ou t des efforts pour les ouvrir si l'œdème des paupières s'y oppose; puis il boit, te avec plus d'avidité; le cri prend de la force; l'œdème diminue aux paupières, x avant-bras, puis à l'hypogastre, aux cuisses, et enfin disparaît complétement. elquefois néanmoins les progrès vers le mieux s'arrêtent, et, après avoir langui ndant un assez long temps (quinze à vingt jours dans quelques cas), l'enfant it par succomber, avec ou sans complications.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue et ordinairement rapide. Dans quelques s néanmoins, on voit momentanément les symptômes s'amender, puis l'affection prendre sa marche progressive, quoique avec plus de lenteur. Les périodes ad- ises au nombre de trois par M. Denis, et de deux par M. Blanche, n'existent ellement pas.

La *durée* de cette affection est ordinairement courte. On voit les enfants suc- mber au bout de trois, quatre ou cinq jours, et même avant s'ils ont une faiblesse ngénitale très grande. Quelquefois cette durée est de plus de vingt jours.

Cette affection se termine presque toujours par la mort; ce qu'il était facile de évoir en songeant que les enfants qui la présentent sont pour la plupart très dé- les, et que quelques-uns sont de véritables avortons. A l'article du *traitement*, us ferons connaître les cas terminés par la guérison.

§ V. — Lésions anatomiques.

On a signalé des *lésions anatomiques* très diverses comme appartenant à l'œdème s nouveau-nés.

Dans tous les cas, sans exception, on trouve une infiltration séreuse plus ou oins abondante. La sérosité qui s'écoule des incisions faites au tissu cellulaire us-cutané est en grande quantité, légèrement visqueuse et d'un jaune plus ou ins vif. Le tissu adipeux se présente sous forme de grains séparés par des la- lles de tissu cellulaire infiltré, et ces grains sont très éloignés les uns des autres sque l'infiltration est portée à son plus haut degré. Le tissu lamelleux sus-apo- rotique est très distendu par la sérosité; le tissu cellulaire intermusculaire ne sente, au contraire, aucune trace d'infiltration. Dans les cas où l'on a trouvé le ntraire, on a confondu avec l'œdème qui nous occupe une infiltration d'une re nature. Le derme est souple au-dessus des points œdématiés, et ses vaisseaux ntiennent beaucoup de sang noir.

Dans un certain nombre de cas, les enfants œdématiés présentent, dans quel- es points, un endurcissement du tissu adipeux qui contraste avec l'œdème que us venons de décrire. Dans ces points, la peau est blanche et ne contient pas de ng. Elle semble collée sur les parties sous-jacentes, qui sont très denses, sa

[redacted]

humidité, et où l'on voit les grains du tissu adipeux serrés les uns contre les tres, et séparés seulement par des lignes celluleuses très déliées à la partie rieure du panicule graisseux. C'est presque constamment dans des points qui sont pas habituellement envahis par l'œdème que se trouve cet état particulier tissu adipeux.

Du côté des voies respiratoires, on trouve un engorgement sanguin considér quelquefois l'engouement des poumons et la pneumonie. Dans quelques cas, rencontre des portions de poumon qui n'ont pas respiré.

Chez quelques sujets, il y a épanchement de sérosité, en petite quantité, les plèvres, mais aucune lésion inflammatoire.

Le cœur et tous les gros vaisseaux, les veines surtout, sont gorgés de sang presque toujours liquide.

Les organes digestifs ne présentent autre chose de remarquable qu'une inject considérable ; dans la moitié des cas, il y a une petite quantité de liquide dans péritoine.

Le cerveau et ses membranes ne sont remarquables que par leur injection s guine et leur infiltration séreuse.

Les reins ne nous ont offert rien de remarquable. Postérieurement à nos rech ches, M. le docteur Charcellay a signalé une lésion des reins chez les nouveau- affectés d'œdème. Cette lésion consiste principalement dans un dépôt jaune occ pant les cônes de la substance tubuleuse, et y formant des pinceaux très déliés. C dépôt n'est autre chose que de l'acide urique qui s'est déposé dans les tubes; on observé dans les cas les plus variés, et nous n'avons pas cru devoir en faire me tion, parce qu'il ne constitue réellement pas une altération anatomique importa

C'est surtout d'après les altérations qu'on a trouvées ou qu'on a supposées, q les auteurs ont établi la *nature de la maladie*. Uzembezius croyait qu'elle dépe dait de la stase du sang et de son épaississement. La stase du sang existe, mais liquide n'est pas épaissi : l'explication n'est, par conséquent, pas juste.

Underwood, et après lui Denmann, ont attribué la maladie à un spasme de l peau causée par une affection intestinale. Or cette affection n'existe pas ; et d' leurs ces auteurs n'ont eu en vue que l'endurcissement adipeux.

M. Troccon a regardé l'œdème, sans le distinguer de l'endurcissement adipeux comme le résultat d'une pneumonie produite par le froid. Il suffit de faire remar quer, pour repousser cette explication, que la pneumonie n'est qu'une complica tion, qui même n'est pas fréquente.

Suivant Andry et Auvity, l'affection serait le résultat de la coagulation des suc séreux et adipeux. Cette explication prouve que ces deux auteurs confondaient tort dans une même description l'œdème et l'endurcissement adipeux. La coagula tion des sucs séreux n'est pas admissible, puisque, comme nous venons de le voi la sérosité s'écoule par les incisions du tissu cellulaire, comme dans un œdème o dinaire.

Palletta voyait la cause de la maladie dans la flaccidité des poumons, d'où r sultaient la stase du sang et l'engorgement du foie. Mais nous savons que cette fla cidité du poumon n'existe pas ordinairement, et que si le foie est engorgé, il l'est pas plus que les autres organes.

M. Léger, qui croyait à la coagulation de la sérosité, et qui donnait à l'affecti

nom d'*œdème compacte*, pensait que le sang était devenu plus séreux ; mais rien a prouvé l'exactitude de cette assertion.

Enfin tout démontre que M. Denis s'est trompé en attribuant l'œdème à une ritation du tissu cellulaire.

Si maintenant nous recherchons dans les faits, comme nous l'avons fait ailleurs (1), quelles sont les conditions organiques auxquelles nous devons rapporter la maladie, nous arrivons aux conclusions suivantes : « Dans tous les cas, sans exception, il y avait une gêne notable de la respiration ; cette gêne existait à un degré remarquable, même lorsque la maladie était légère. La faiblesse de la circulation n'était pas moins grande, et, sauf un cas où il y eut une pneumonie très étendue et à marche très rapide, le pouls, qui était inappréciable ou à peine senti, était d'une lenteur notable, ce dont on s'assurait en auscultant la région précordiale. Si nous rapprochons maintenant de ces lésions de fonctions la congestion sanguine générale, indiquée pendant la vie par la coloration livide de tout le corps, et après la mort par l'engorgement de tous les vaisseaux, nous aurons réuni les circonstances les plus remarquables de la maladie ; et tout porte à croire que c'est à ce trouble de deux fonctions importantes, et à la stase sanguine qui en est la suite, qu'il faut rapporter la production de l'œdème. »

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne peut plus aujourd'hui confondre l'œdème avec l'*endurcissement adipeux*; la différence, en effet, est aussi grande pendant la vie qu'après la mort. L'endurcissement adipeux ne se déclare que dans les derniers jours de l'existence, chez des sujets ayant une affection grave. C'est un symptôme de l'agonie, et même très souvent ce n'est qu'une lésion cadavérique, ce qui a été prouvé par des observations positives. Dans l'endurcissement adipeux, la peau est blanche, ou seulement parsemée de taches livides sur un fond blanc. Dans l'œdème, elle est violette. Le premier donne au toucher la sensation d'un tissu compacte ; le second donne la sensation d'un tissu plus ou moins souple, et l'empreinte du doigt s'y produit et s'y efface promptement. Chez les enfants œdémateux, on peut faire glisser la peau sur les parties sous-jacentes ; il n'en est pas de même chez ceux qui présentent l'endurcissement adipeux. Enfin ces deux lésions se trouvent dans des points différents. Si l'on rapproche ces caractères de ceux que nous a fournis l'inspection cadavérique, on voit qu'il n'y a pas de confusion possible.

Dans certains cas d'*érysipèle* chez les enfants nouveau-nés, le tissu sous-jacent est infiltré, et il en résulte le gonflement et la dureté des parties ; mais la marche de la maladie n'est pas la même. L'érysipèle occupe un membre isolé, ou les envahit successivement ; il est souvent borné à l'abdomen. Il y a de la douleur, de l'agitation. La peau est rouge, épaissie ; la fièvre est considérable. Rien de semblable dans l'œdème. C'est donc bien à tort que quelques médecins allemands ont regardé cette maladie comme un érysipèle.

Dans ces dernières années on a cité des faits de *sclérème* chez l'adulte et l'on a voulu rapprocher cette affection de l'œdème des nouveau-nés. Dans l'histoire du sclérème, il ne sera pas difficile de démontrer que cette maladie n'a de commun

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 652.

avec celle dont nous nous occupons ici que ce nom de sclérème donné b à l'œdème des nouveau-nés. Ce sont deux affections essentiellement diffé

Il survient assez souvent chez les nouveau-nés une inflammation suba une partie limitée, et surtout à la face et au cou. Cette lésion n'a rien de avec l'œdème que nous venons de décrire. D'abord elle est circonscrite à qui n'est pas le premier affecté dans l'œdème ; puis elle survient à un avancée d'une autre maladie ; enfin l'infiltration occupe jusqu'aux partie profondes. Il ne faut donc pas confondre l'œdème avec l'érysipèle, comr Doublet, ni regarder l'inflammation subaiguë et circonscrite comme u des nouveau-nés, ainsi que l'a fait Billard.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'œdème des nouveau-nés et de l'endurciss adipeux.*

ŒDÈME.	ENDURCISSEMENT ADIPEU
Affection *primitive*.	Affection *secondaire* ; souvent si cadavérique.
Peau *violacée*.	Peau *blanche* ou *marbrée*.
Tissus *souples* ; empreinte du doigt *promptement effacée*.	Tissus *durs*, empreinte du doig produire, *très lente à s'effacer*.
On peut faire *glisser la peau* sur les parties sous-jacentes.	Peau comme *adhérente*.
A l'autopsie, écoulement d'une *sérosité abondante*.	*A l'autopsie*, tissu adipeux *com*

2° *Signes distinctifs de l'œdème des nouveau-nés et de l'érysipèle infiltration.*

ŒDÈME.	ÉRYSIPÈLE.
Envahissant successivement les membres et le tronc.	Occupant *d'abord les extrémités* ou l'*abdomen*.
Engourdissement général ; *pas de douleur*.	*Agitation ; douleur*.
Peau *violacée, mince*.	Peau *rouge, épaisse*.
Pas de fièvre.	*Fièvre* notable.

3° *Signes distinctifs de l'œdème des nouveau-nés et de l'inflammation avec infiltration séreuse.*

ŒDÈME.	INFLAMMATION SUBAIGUE
Envahit *tout le corps*.	*Bornée à une partie peu étend* tout à la face.
L'infiltration *n'occupe que le tissu cellulaire sous-cutané*.	L'infiltration *occupe toute l'ép tissus*.

Pronostic. — Le *pronostic* est ordinairement très grave. La maladie ten à faire des progrès, et les altérations organiques augmentent sans cesse. les malades, ne prenant presque pas de boissons ni d'aliments, loin de se per et d'acquérir des forces, languissent et s'affaiblissent continuellemen *suit que la maladie* est d'autant plus grave qu'elle est plus ancienne.

Les enfants débiles, chétifs, et dont la poitrine se dilate mal, offrent bien moins ressources que ceux qui sont assez forts, et dont la respiration paraît plutôt en rée par la pléthore sanguine qu'empêchée par la faiblesse.

L'endurcissement adipeux survenant rend le pronostic des plus fâcheux ; mais circonstance est commune à toutes les maladies, puisque l'endurcissement peux est alors un phénomène de l'agonie.

§ VII. — Traitement.

TRAITEMENT D'ANDRY ET AUVITY.

Ces auteurs commencent par les *fomentations* et les *fumigations émollientes.* Pour l'application des premières, on entoure l'enfant de flanelles trempées dans l'eau de guimauve ou de mauve bien chaude. Les fumigations sont appliquées tout le corps, soit en faisant arriver la vapeur sous les couvertures d'un petit lit dans lequel est placé l'enfant, soit à l'aide d'une petite boîte fumigatoire.

Aux fomentations émollientes on fait succéder les *lotions chaudes de sauge et la camomille;* puis on passe aux *lotions* faites avec l'*alcool*, ou avec une *solution de sel marin*, *savon*, etc.; en un mot à des lotions avec un liquide excitant.

Ces premiers moyens ont pour but de ramollir la peau et d'exciter la transpiration.

Le traitement est terminé par l'application de *vésicatoires aux jambes*, qui ont une double action : 1° celle de dériver la congestion cérébrale ; 2° celle de faire couler la sérosité que les autres moyens ont rendue liquide.

Ce traitement, comme on le voit, est fondé sur cette idée que la maladie est due à un arrêt de la transpiration et à la coagulation des sucs séreux. Nous avons fait voir plus haut qu'elle n'est pas fondée. Il n'en faut pas conclure, d'une manière absolue, que les lotions, et surtout les lotions excitantes, n'ont aucun effet favorable. Elles peuvent, au contraire, être utiles en relevant la température et en excitant les fonctions engourdies ; mais nous ne connaissons pas de faits hors de toute contestation dans lesquels elles aient réussi d'une manière évidente, et y en eût-il, il faudrait encore rechercher quels sont ces faits ; car on verra qu'il est des cas si légers, que de leur guérison on ne peut rien conclure relativement à l'efficacité du traitement.

M. Troccon, qui croyait à l'existence d'une pneumonie, a notamment conseillé l'application d'*une ou deux sangsues* à la base de la poitrine. Ce moyen a une utilité incontestable, mais ce n'est pas en combattant la pneumonie qu'il agit favorablement ; car, dans tous les cas connus où une pneumonie est venue réellement compliquer l'affection, les sujets ont succombé. MM. Léger et Dugès ont employé les émissions sanguines de la même manière que M. Troccon.

De plus, le dernier de ces auteurs conseille les *bains de vapeur*, qui ont été préconisés par plusieurs autres médecins, et qu'on a crus si utiles à une certaine époque, qu'on avait, aux Enfants trouvés de Paris, disposé un appareil uniquement destiné à donner des bains de vapeur aux nouveau-nés œdématiés. Des accidents graves, tels que des congestions cérébrales, des apoplexies cérébrales et méningées, en furent, suivant ceux qui les essayèrent, la fâcheuse conséquence.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on les abandonna bientôt et qu'on n'y a plus recours aujourd'hui. D'ailleurs n'oublions pas que c'est presque toujours parce qu'on a cru que la sérosité est épaissie et même coagulée qu'on a employé, pour la liquéfier, le moyen dont nous venons de parler. C'était là le but que se proposaient Andry et Auvity, et c'était aussi celui que voulait atteindre M. Lazaré (1), qui, encore en 1826, recommandait de réchauffer par ce moyen les parties malades, afin de les *ramollir*. Les bains de vapeur, si l'on s'en rapporte aux renseignements peu précis qui nous ont été fournis de vive voix, ne doivent être employés qu'avec précaution, et leur utilité n'est pas plus grande que celle des moyens précédents.

Suivant Billard, il suffit d'*envelopper les enfants de vêtements de laine*, pour voir une vapeur épaisse s'échapper des langes et du corps des petits malades, et cette transpiration exagérée procurer la guérison. Nous avons vu envelopper beaucoup de nouveau-nés œdémateux dans d'épaisses couvertures de laine, et toujours leur peau restait sèche. Billard aura fait mention de cas exceptionnels.

M. Denis, qui croyait à l'existence d'une gastrite, conseillait l'*application d'une ou deux sangsues à l'épigastre* et l'usage interne des mucilagineux. C'était le traitement ordinaire de la gastrite mis en usage, dans tant de cas divers, à l'époque où écrivait l'auteur. Il suffit de mentionner cette médication.

Déplétion sanguine. — Nous donnons ce nom à la médication qui a pour but principal de désemplir les vaisseaux énormément distendus par suite de la stase du sang, et de rendre par là une assez grande énergie à la circulation entravée.

Il est évident que l'application des sangsues, précédemment indiquée, a eu le résultat dont il est question, quel que soit d'ailleurs le but que les auteurs se proposaient d'atteindre ; mais ils ont rapporté le succès, lorsqu'ils l'ont obtenu, non à la déplétion sanguine, mais à la disparition d'une prétendue inflammation qui n'existe pas, ou qui n'est que secondaire. Palletta employait plus hardiment les émissions sanguines. Ce médecin, attribuant la maladie à une forte congestion du foie, appliquait les sangsues dans l'unique but de dégager cet organe ; mais il ne pouvait le faire sans faire cesser l'engorgement sanguin général, et de là ses succès, qui, si tous les faits ont été bien rigoureusement observés, sont des plus remarquables ; car il rapporte que, sur quarante-trois malades, il en a guéri quarante-deux. Ce résultat est extraordinaire. Après Palletta, personne n'en a obtenu de semblable, et la mortalité a continué à être très grande, même dans les cas où l'on a eu recours à l'application des sangsues. Peut-être Palletta a-t-il eu affaire principalement à des cas très légers qui guérissent presque sans aucun traitement, ainsi que nous le verrons plus loin. Mais quelle que soit notre explication, il n'en faut pas moins reconnaître que ce médecin habile n'a pas pu s'en laisser imposer dans tous les cas ; qu'il y en a eu, au contraire, un bon nombre qui étaient dans les conditions favorables à une bonne expérimentation, et dès lors les faits qu'il cite ont une importance réelle. « Chez les enfants un peu forts, dit Palletta, une seule application de deux sangsues suffit ordinairement ; mais chez les faibles, chose digne de remarque, il faut y revenir deux et même trois fois ! »

(1) *Revue médicale*, 1826.

Nous avons cité ailleurs (1) plusieurs cas dans lesquels des enfants fortement eints ont été rendus à une santé parfaite par ce moyen. De son côté, M. Monière (2), ayant à traiter une petite fille chez laquelle l'œdème était survenu lendemain de sa naissance, le vit disparaître promptement après l'application de quatre sangsues à la base de la poitrine. Enfin, étant chargé de l'inspection médicale des enfants à la Direction des nourrices, nous obtînmes la guérison complète d'un œdème assez considérable par l'application d'une seule sangsue à nus. Nous avons rapporté ce cas avec détail (3).

Ces faits prouvent que la déplétion sanguine est un moyen très utile contre œdème des nouveau-nés; mais, pour qu'elle ait tout son effet, il faut que la faiblesse congénitale ne soit pas trop grande. Dans plusieurs cas elle n'a pas eu un succès complet, parce que l'enfant était trop faible, et dans d'autres elle a complètement échoué, parce que cette faiblesse était extrêmement considérable. Avant donc de juger son efficacité, il faut tenir compte de l'état des enfants.

M. Henri Roger (4), dans ses recherches sur la température dans les maladies, ayant principalement égard au refroidissement remarquable que présentent les enfants, et considérant que d'après les expériences de M. Chossat (5), le défaut d'aliments est une des causes les plus puissantes de l'abaissement de la température, a été porté à conseiller en première ligne une *riche alimentation* aidée par les moyens extérieurs de calorification. Il n'est pas douteux que ce moyen ne soit très utile; mais, avant d'y recourir, il faut mettre en usage la déplétion sanguine, qui, donnant à l'enfant une vigueur suffisante, le met en état de profiter de cette alimentation. Ce qui le prouve, c'est que l'on voit tous les jours, chez des enfants à qui l'on a donné du lait en abondance, le refroidissement et l'œdème persister. Il est évident que la meilleure alimentation qu'on puisse donner à ces enfants est le lait d'une bonne nourrice, car c'est là le seul aliment qu'ils puissent bien digérer.

Restent maintenant certains moyens qu'il suffit d'indiquer, parce que rien ne prouve qu'ils aient été appliqués à des cas bien déterminés, et qu'ils aient une grande efficacité. Tel est d'abord l'emploi de la décoction de *quinquina* avec addition de quelques gouttes d'*acétate d'ammoniaque*, conseillée par le docteur ...derschjœld (6). Nous citerons ensuite la *potion cordiale* recommandée par ...aussier (7), dans laquelle entrent l'*eau de menthe*, l'*eau de mélisse* et l'*eau de cannelle*; puis les *frictions avec l'alcool térébenthiné* (Pritschaft), et les *frictions mercurielles* (8). Quant au *sublimé corrosif*, que recommande Feiler, il n'y a aucun motif pour l'administrer.

Résumé. — De tout ce qui précède il résulte que l'application des sangsues, faite dans le but de déterminer une déplétion sanguine, est le moyen le plus efficace qu'on ait employé, et par là s'expliquent les succès obtenus par ce moyen dirigé contre de prétendues inflammations. Une conséquence pratique qu'il faut tirer des

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés.*
(2) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1836, t. XIII, p. 240.
(3) *Bulletin général de thérapeutique*, 1845, t. XXXVIII, p. 408.
(4) *Archives de médecine*, Paris, 1844 et 1845, t. IV, V, VI, VII.
(5) *Recherches expérimentales sur l'inanition*. Paris, 1843, in-4.
(6) *Ars Beraet. or. svenska Laek.*, etc. Stockholm, 1825.
(7) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. LV.
(8) A.-G. Richter, *Spec. therap.* Berlin, 1821, t. II.

faits précédemment cités, c'est que les sangsues doivent être appliquées dans le lieu le plus convenable pour opérer cette déplétion, et ce lieu est le siége. N'oublions pas que, dans un cas assez grave, une seule sangsue, appliquée dans ce point, a suffi pour dissiper tous les symptômes.

Il est évident que la chaleur extérieure, le séjour dans une salle bien chaude, sont des moyens adjuvants d'une grande utilité. On doit par conséquent entourer l'enfant de laine, le frictionner avec une flanelle chaude, etc. Nous avons remarqué, et c'est un fait qu'il ne faut pas perdre de vue, quand on veut apprécier l'action d'un traitement quelconque, que, dans les cas très légers, *le séjour dans un lieu chaud suffit pour rendre aux enfants toute leur énergie*, et pour faire disparaître tous les symptômes. Il est évident que si l'on faisait des expériences sur des cas semblables, on réussirait avec tous les moyens. N'y en avait-il pas un certain nombre de ce genre dans ceux qu'a rapportés Palletta? Toujours est-il que tout se réunit pour prouver que l'élévation de la température par les moyens artificiels a une efficacité incontestable.

Enfin, on doit veiller à ce que l'enfant ait une bonne alimentation, c'est-à-dire le lait d'une bonne nourrice.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Fomentations, fumigations émollientes, excitantes; vésicatoires aux jambes (Auvity); traitement antiphlogistique, bains de vapeur, chaleur, déplétion sanguine; riche alimentation, toniques, excitants; frictions térébenthinées, mercurielles, deutochlorure de mercure (Feiler).

ARTICLE II.

ANASARQUE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne les noms d'*anasarque primitive* ou *idiopathique* à l'infiltration presque toujours très rapide de tout le corps, qui n'est la conséquence d'aucune autre maladie.

Comme les autres espèces d'anasarque, cette affection a reçu les noms de *leucophlegmasie*, *hydropisie générale*, *hydroderma*, *hydrosarca*. Elle est très rare, à tel point qu'il est des médecins qui, dans une assez longue pratique, n'en ont jamais vu d'exemple.

§ II. — Causes.

On a pris très souvent pour des anasarques primitives des anasarques consécutives. Nous ne savons rien sur les *causes prédisposantes*. M. Copland, il est vrai, a dit que les *nègres* sont principalement sujets à cette affection lorsqu'ils passent dans un climat froid; mais on n'est pas parfaitement fixé sur la nature de l'anasarque que présentent ces sujets en pareille circonstance.

Quant aux *causes occasionnelles*, celles qui sont indiquées par les auteurs, plu-

tôt d'après des idées théoriques que d'après l'étude des faits, sont les suivantes : l'*action du froid* sur le corps couvert de sueur ; l'exposition plus ou moins prolongée au *froid et à l'humidité ;* l'*ingestion de boissons glacées*, après un exercice actif, dans les grandes chaleurs de l'été. On voit que ces diverses causes n'en font en réalité qu'une seule dont l'effet est la *suppression de la transpiration.* On sent combien il serait important d'avoir un certain nombre de faits non contestables, à l'aide desquels on pût étudier cette question, ce qui sera toujours difficile à cause de la rareté de l'affection.

§ III. — Symptômes.

Début. — Le début de l'anasarque idiopathique est presque toujours très rapide ; ce point est important pour le diagnostic. Par cela seul, en effet, que l'œdème général se produit lentement, on peut déjà présumer qu'il est sous la dépendance d'une lésion organique, et principalement d'une lésion du cœur ou des reins. C'est même une question qui n'est pas résolue, que celle de savoir s'il peut exister une anasarque idiopathique à marche lente. Nous savons bien qu'on en a cité des exemples, principalement chez des individus soumis pendant longtemps à l'action du froid humide, et qu'on a attribué la maladie à une altération du sang ; mais, si l'on examine les faits, on voit qu'ils ont été recueillis à une époque où l'on ne connaissait pas la maladie de Bright, qui donne le plus souvent lieu à ces anasarques, ou qu'on ne la connaissait qu'imparfaitement, et, d'ailleurs, cette altération du sang est pour nous une condition organique suffisante pour que nous ne nous occupions pas, dans cet article, de cas semblables (1).

Quelquefois l'affection se manifeste sans aucun symptôme précurseur, de telle sorte que le sujet se trouve tout à coup gêné dans ses vêtements, sans s'être encore douté qu'il était malade. Plus souvent le malade éprouve pendant plusieurs heures, ou même quelques jours, des frissons plus ou moins intenses, plus ou moins fréquents, irréguliers, avec des alternatives de chaleur et de la céphalalgie. Souvent aussi il a une soif inaccoutumée et de l'anorexie. Les urines sont rares, rouges, sédimenteuses ; il y a de la constipation. Suivant Abercrombie et le docteur Copland, la gêne de la respiration est ordinairement le plus remarquable des symptômes précurseurs, ou plutôt des premiers symptômes de la maladie, car la dyspnée dépend de l'œdème des poumons, qui est le commencement de l'anasarque. C'est un sujet de recherches pour les observateurs.

Symptômes de la maladie confirmée. — Il est rare qu'il y ait de la *douleur* dans l'anasarque idiopathique, et lorsque les malades se plaignent de souffrir, ils accusent plutôt une *tension incommode* des parties promptement distendues qu'une véritable douleur.

Le *gonflement* que présentent les parties infiltrées peut être considérable, mais il le devient rarement autant que dans les cas où l'infiltration est due à une cause organique. Ce gonflement est surtout considérable aux parties où se trouve un tissu cellulaire lâche : ainsi aux paupières, aux testicules, au prépuce.

La *peau* qui recouvre les parties tuméfiées présente une coloration diverse dans les diverses circonstances. Si l'anasarque s'est produite très rapidement et avec u

(1) Voyez *Anémie*, t. I, p. 488.

[redacted]

mouvement fébrile marqué, la peau est rouge, ou du moins rosée ; on l'a vue quelquefois bleuâtre ou couverte de sugillations ; dans le cas contraire, elle peut être blafarde ; dans ces derniers cas, il est douteux qu'on ait eu affaire à une anasarque primitive ou idiopathique.

Si l'anasarque persiste, et surtout si elle fait des progrès, le tégument perd sa couleur rouge ou rosée, il pâlit, et les parties les plus infiltrées, celles où la peau est fine et le tissu cellulaire lâche, deviennent demi-transparentes.

Parfois toutes les parties du corps s'infiltrent à la fois ; nous devons même dire que ce sont les cas de ce genre qui doivent être principalement considérés comme des cas d'anasarque primitive. D'autres fois, au contraire, on a vu les diverses parties se prendre successivement, et, suivant Dance, en pareille circonstance, l'anasarque commence par les pieds, puis envahit les jambes et les cuisses, les parties génitales, les bras, la face, et enfin le tronc. Dans certains cas, néanmoins, on a vu l'œdème général commencer par les parties supérieures. Des recherches ultérieures, faites avec les connaissances que nous possédons aujourd'hui, pourront seules nous apprendre ce qu'il faut penser de ces derniers exemples.

L'empreinte que conservent les téguments, lorsqu'on a exercé sur eux la pression avec l'extrémité du doigt, est très différente, suivant que l'anasarque s'est produite avec rapidité ou avec lenteur. Dans le premier cas, une pression forte ne produit qu'un léger enfoncement qui s'efface avec promptitude, tandis que, dans le second, l'empreinte est facile, profonde, et s'efface lentement. C'est du reste ce qui a lieu dans toutes les espèces d'œdèmes.

En même temps qu'on observe ces symptômes, on constate l'existence de *phénomènes généraux* qui le plus souvent sont semblables aux symptômes. Dans les premiers temps, on note la chaleur, la sécheresse de la peau, l'accélération du pouls, la gêne de la respiration, l'anorexie, la soif, la constipation, la courbature. Plus tard, si la maladie ne tend pas à la résolution, ces symptômes aigus s'apaisent plus ou moins, ils font place à une langueur marquée de toutes les fonctions, et l'amaigrissement, qui d'abord a pu être masqué par l'infiltration, devient évident.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est presque toujours rapide. On voit l'anasarque s'établir quelquefois en quelques heures dans tous les points qu'elle doit occuper. Elle disparaît aussi avec rapidité, ou du moins, dans les cas où elle persiste, il n'est pas certain qu'elle soit idiopathique. Aussi peut-on dire d'une manière générale que sa *durée* est courte.

La *terminaison* de cette affection est presque constamment heureuse ; et si nous ne disons pas constamment, c'est qu'on a mentionné quelques cas où il n'en a pas été ainsi, mais ces cas sont de ceux dans lesquels il est douteux que l'affection soit primitive.

Dans les cas de mort attribués à l'anasarque idiopathique, on a surtout constaté des *symptômes cérébraux* consistant principalement dans la stupeur et le coma.

Si l'anasarque a été considérable et a persisté pendant un certain temps, la peau, trop distendue, présente, après la guérison, des vergetures plus ou moins marquées ; dans le cas contraire, c'est-à-dire dans presque tous les cas d'anasarque idiopa-

thique, la peau n'a subi qu'une distension médiocre et rapide, et il ne reste aucune trace de la maladie.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les seules *lésions anatomiques* qu'on puisse trouver dans l'anasarque idiopathique, sont la distension des cellules du tissu cellulaire, et principalement du tissu cellulaire sous-cutané, et la pénétration de ce tissu par la sérosité.

Les mailles du tissu cellulaire sont parfois tellement distendues, qu'on a peine à les retrouver. La couche sous-cutanée est épaisse, tremblante, transparente. Lorsqu'on incise, elle laisse écouler de la sérosité ordinairement limpide et peu colorée, quelquefois jaunâtre. Ces altérations pénètrent dans l'interstice des muscles, dans certains organes parenchymateux, comme dans le poumon. Enfin on trouve de la sérosité épanchée en plus ou moins grande quantité dans les cavités séreuses, et notamment dans les ventricules cérébraux.

Suivant un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer Dance et M. Bouillaud, l'anasarque primitive ou active est le résultat d'une inflammation des aréoles cellulaires. Lobstein rapporte l'infiltration à une modification de vitalité des vaisseaux exhalants, due elle-même à un influx nerveux; d'autres ont admis une gêne de la circulation lymphatique. Ce qui résulte de la lecture de toutes ces théories, c'est qu'aucune n'est appuyée sur une démonstration de quelque valeur.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est évident que le *diagnostic* absolu de la maladie n'offre aucune difficulté. Au premier examen, le médecin s'aperçoit de l'existence de l'anasarque. Peut-être pourrait-on éprouver un moment d'hésitation, et croire à l'existence d'un *emphysème général*, surtout si le malade disait avoir fait un effort considérable; mais la rareté de l'emphysème, la crépitation qu'il fait éprouver sous la pression, la non-persistance de l'empreinte produite par le doigt, ne laissent bientôt plus aucun doute, tandis que ce dernier signe suffit pour faire reconnaître l'existence de l'infiltration. Pour diagnostiquer si l'anasarque est réellement idiopathique ou symptomatique d'une affection plus ou moins grave, il faut connaître les affections qui donnent lieu à l'anasarque : parmi celles que nous avons déjà étudiées, se trouvent les *maladies du cœur* et la *maladie de Bright*. Nous renvoyons le lecteur aux articles consacrés à ces maladies; il y trouvera tous les détails nécessaires pour la solution de la question. Nous ajouterons seulement ici quelques mots pour faire connaître un fait qui prouve qu'on ne doit pas se hâter de regarder l'anasarque comme idiopathique. M. Louis a vu, il y a peu de temps, une anasarque se produire avec une assez grande rapidité. Les urines, examinées pendant plusieurs jours, ne présentaient pas la moindre trace d'albumine; et, d'un autre côté, on ne trouvait aucune altération organique qui rendît compte de l'infiltration. Mais, le sixième ou le septième jour, l'albumine parut dans les urines, et dès lors l'existence de la maladie de Bright fut confirmée.

Nous nous sommes occupés de la *scarlatine*, dans la convalescence de laquelle se développe une anasarque qui a dû maintes fois être prise pour une anasarque idiopathique. Il arrive parfois, dans cette maladie, que des sujets ont un mouve

ment fébrile marqué, avec une éruption légère, limitée à quelques points, et qui passe inaperçue. Si l'on n'examine pas attentivement le malade, si l'on n'a pas soin de rechercher la desquamation, et si l'anasarque se déclare dans ces circonstances, on prend les symptômes du mouvement fébrile précurseur de l'éruption pour des prodromes de l'anasarque, et l'on regarde celle-ci comme idiopathique.

Si, jusqu'à présent, nous n'avons pas parlé de l'*anasarque par altération du sang*, c'est qu'il n'est pas encore parfaitement démontré que cette anasarque soit primitive. Dans beaucoup de cas d'hydropisie, en effet, on a constaté la diminution de l'albumine et des autres matériaux solides du sang qui devient plus aqueux; mais cet état du sang est lui-même sous la dépendance d'une autre affection. Il n'y aurait que l'*anasarque par pléthore* qu'on pourrait regarder comme identique avec celle que nous venons de décrire; mais la pléthore est une cause d'anasarque dont l'existence n'est pas encore parfaitement mise hors de doute.

§ VII. — Traitement.

Émissions sanguines. — Tous les auteurs sont d'accord sur l'utilité et même sur la nécessité des émissions sanguines dans les cas où l'affection a pour symptômes généraux la chaleur de la peau et un certain mouvement fébrile. C'est à la *saignée générale* qu'on a presque exclusivement recours. Chez les enfants, on peut appliquer un plus ou moins grand nombre de *sangsues à l'anus*, selon l'âge. Suivant Dance, il faut prendre garde de dépasser certaines limites dans l'emploi des émissions sanguines, car on courrait risque de voir la maladie prendre une marche chronique. Les faits auxquels fait allusion cet auteur ne sont-ils pas des cas de maladie de Bright méconnus?

Diurétiques. — Les diurétiques tiennent naturellement une grande place dans le traitement de l'anasarque. On prescrit ordinairementt le *nitrate de potasse*, dans la décoction de *chiendent:* mais, tandis que, avant ces derniers temps, on craignait de dépasser la dose d'un gramme ou un gramme et demi, on donne aujourd'hui ce médicament jusqu'à la dose de 12, de 20, de 30 grammes, et même plus, comme dans le rhumatisme articulaire. Ces dernières doses sont exagérées. Rien ne prouve qu'elles soient utiles, et peut-être n'ont-elles pas toute l'innocuité qu'on leur a supposée. On prescrit aussi l'*acétate de potasse* à la dose de 2, 4 et 6 gram.; la décoction de racine de *fraisier*, l'infusion de *pariétaire*, etc.

Sudorifiques. — Les sudorifiques sont aussi d'un usage ordinaire, mais ce sont les sudorifiques externes qu'il faut employer : ainsi les *bains de vapeur*, les *fumigations de baies de genièvre*, les *bains de sable chaud*. M. Serre (d'Alais) a recommandé un moyen bien simple : il consiste à envelopper des *fragments de pierre à chaux* dans un linge mouillé qu'on entoure d'un linge sec, et à les placer, ainsi disposés, à la plante des pieds et sur chaque côté du corps.

Viennent ensuite les *purgatifs*, qu'il suffit de désigner en faisant remarquer seulement qu'on a presque exclusivement recours aux purgatifs doux (*manne*, *casse*, *tamarin*, *huile de ricin*, *crème de tartre*, *eau de Sedlitz*). Et enfin, si ces moyens ne réussissent pas, ce qui est bien rare, et si la maladie a perdu son caractère aigu, on peut avoir recours à l'application de *larges vésicatoires* sur les points les plus infiltrés et qui offrent une surface convenable.

M. Serre d'Alais (1) dit avoir *toujours réussi*, dans l'anasarque, *quelle que soit sa nature*, à l'aide de la *diète sèche*, *lactée* et de *l'usage de l'oignon*. Pendant un mois à peu près le malade doit s'abstenir de toute boisson, il doit se contenter de trois soupes au lait par jour et d'un peu d'oignon qu'il mange avec un peu de pain pour terminer son repas. Toute autre boisson et tout autre aliment sont interdits. L'amélioration commence habituellement après huit jours, et la cure est terminée en un mois environ. C'est aux praticiens à juger de l'efficacité de ce traitement qui est très facile. M. Serre (d'Alais) cite cinquante-huit cas de guérison, et il ajoute que la condition nécessaire au succès, est l'existence de l'œdème des membres abdominaux et la diminution des urines, qu'elles contiennent ou non de l'albumine. Ces faits méritent d'être pris en considération.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Nous décrirons avec quelques détails l'*arthrite aiguë* et l'*arthrite chronique;* mais nous ne donnerons qu'un aperçu très succinct des autres maladies des muscles et des os, parce qu'elles sont du ressort particulier de la chirurgie.

ARTICLE Ier.

ARTHRITE SIMPLE AIGUE.

On chercherait vainement dans la science des travaux nombreux sur cette affection. Les chirurgiens ont dit quelques mots de l'inflammation qui se manifeste spontanément dans les articulations; mais n'ayant pas distingué avec tout le soin nécessaire cette espèce de toutes les autres, ils n'ont pas donné à leur description le degré de précision désirable. Dans un travail particulier nous nous sommes efforcé de jeter quelque jour sur cette question importante (2).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*arthrite simple aiguë* est une inflammation articulaire survenue spontanément, restant fixe dans une ou plusieurs articulations, donnant lieu à une fièvre ordinairement intense, et laissant pendant un temps toujours assez long des traces de son existence.

On donne encore à cette maladie les noms d'*inflammation des articulations* et d'*arthritis*.

La fréquence de l'arthrite simple aiguë est beaucoup moins grande que celle du rhumatisme articulaire, et cette proposition est vraie, surtout pour certaines articulations que nous indiquerons plus loin.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 juillet 1853.
(2) *Mémoire sur l'arthrite simple* (*Union médicale*, 14 janvier, 2 et 6 février 1847).

[redacted]

§ II. — Causes.

Les *causes* de cette affection ont été peu étudiées. Sur cinq cas dont nous avons recueilli avec soin l'observation, quatre ont été observés chez des hommes de vingt à quarante ans, et un chez une femme de soixante-quatre ans.

Quant aux *causes occasionnelles*, on n'a pas pu en constater d'évidentes. On a avancé, il est vrai, que la maladie est produite par l'*impression du froid*, *le corps étant en sueur*, par l'exposition à la pluie, au froid humide, par le séjour dans un lieu humide ; mais toutes ces causes, qu'on a également attribuées au rhumatisme articulaire, n'ont pas été positivement constatées dans des cas d'arthrite simple aiguë bien déterminés.

On peut, à la rigueur, considérer comme des arthrites simples les cas dans lesquels l'inflammation de l'articulation survient dans le cours d'une *blennorhagie*, ou à la suite du *cathétérisme*, comme les chirurgiens, et M. Velpeau, en particulier, en citent des exemples.

§ III. — Symptômes.

Début. — D'après les faits que nous avons consultés, le début de l'arthrite simple aiguë est marqué par un état général plus ou moins remarquable. Tantôt c'est un simple malaise, avec céphalalgie, courbature et anorexie ; tantôt ce même malaise, et de plus des frissons répétés, ou un frissonnement presque continuel. Parfois c'est la douleur qui ouvre la scène, puis les phénomènes généraux se déclarent ; mais en général, le début par des phénomènes locaux est beaucoup plus rare dans l'arthrite simple aiguë que dans le rhumatisme articulaire aigu.

Symptômes de la maladie confirmée. — La *douleur* qui occupe l'articulation est très rapidement intense ; au bout de quelques heures, non-seulement les mouvements imprimés à l'article causent une vive souffrance, mais encore la pression est très douloureuse. En outre, lorsque la maladie occupe certaines articulations, et principalement l'épaule, qui, comme nous le verrons plus tard, est le siége de prédilection de cette affection, le décubitus, quel qu'il soit, est très difficile.

L'*articulation enflammée* est chaude et offre une rougeur prononcée. Le gonflement est plus considérable, toutes choses égales d'ailleurs, que dans le rhumatisme articulaire aigu. Ce qui le prouve, c'est que lorsque l'arthrite occupe l'épaule, on constate facilement une augmentation notable du volume de cette articulation, tandis qu'il résulte des recherches de Chomel et de M. Louis que, dans le rhumatisme articulaire, l'épaule ne paraît nullement gonflée, alors même que les douleurs y sont excessivement intenses.

Il est très difficile de dire, quand on considère certaines articulations en particulier, s'il y a un *épanchement* dans l'articulation. Dans les ouvrages de chirurgie, on ne met pas en doute la formation du pus dans l'article, lorsque l'inflammation est très intense : rien ne paraît plus facilement admissible que la *suppuration* d'une articulation occupée par une inflammation franche ; mais il serait bon d'avoir à ce sujet des observations bien précises. On sait, en effet, aujourd'hui, combien il est important d'observer attentivement les faits, pour s'assurer que l'arthrite est spontanée dans toute la force du mot, c'est-à-dire qu'elle n'est sous l'influence ni

d'une phlébite, ni de l'épanchement dans l'article de la matière tuberculeuse formée dans les os, ni d'une fièvre puerpérale. Dans les cas où il en est ainsi, on a vu les tissus se corroder, les parois du foyer se détruire, une suppuration abondante se faire jour à l'extérieur, et les plus graves désordres se produire dans l'articulation.

Siége de la maladie. — Le siége de prédilection de l'arthrite est une des deux épaules. C'est du moins ce qui résulte des faits observés, car nous n'avons jamais vu l'inflammation simple bien caractérisée occuper une autre articulation, si ce n'est dans le cours d'une blennorrhagie. Cependant d'autres observateurs l'ont vue fixée à une articulation coxo-fémorale, à un genou, à un pied.

Martin-Solon (1) a observé un cas d'arthrite blennorrhagique qui occupait cinq articulations à la fois. Les cas de ce genre sont très rares.

On a aussi mentionné des cas dans lesquels deux articulations ont été prises en même temps.

On a noté l'existence, dans cette affection, de *douleurs lombaires* intenses; mais ces douleurs lombaires ont ordinairement précédé l'inflammation de l'article.

Dans les cas où la maladie a présenté les symptômes précurseurs, ces symptômes font des progrès ordinairement considérables. La *fièvre* prend de l'intensité; le pouls est à 110, 120 pulsations, et quelquefois plus encore. La chaleur est vive. La céphalalgie augmente. Il y a un dégoût complet pour les aliments, de la soif, et généralement de la constipation. La douleur de l'articulation ayant un haut degré d'intensité, l'insomnie devient presque complète.

Cet état d'acuité dure quelques jours sans alternatives bien appréciables, puis la douleur se calme, les symptômes généraux s'apaisent, et bientôt le malade se sent parfaitement bien lorsqu'il n'imprime aucun mouvement à l'articulation; mais dès qu'il veut faire un mouvement, la douleur se réveille, et une roideur considérable se fait sentir dans l'article. Plus tard, la douleur devient moindre et la roideur domine; mais cette roideur est telle que les mouvements sont très bornés, et que si l'on veut les forcer, on cause au malade de très vives souffrances. Ce dernier état se dissipe beaucoup plus lentement que la gêne des mouvements qui succède au rhumatisme articulaire, et souvent, plusieurs mois après avoir complétement cessé de souffrir, les malades éprouvent la plus grande difficulté à exécuter des mouvements étendus; si, par exemple, ils ont une arthrite scapulaire, ils ne peuvent pas élever leur main jusqu'à leur tête, ils ont de la difficulté à se vêtir, etc. Nous avons même vu des cas dans lesquels le traitement le plus persévérant a, pendant fort longtemps, échoué contre cet état de l'articulation, et tout un hiver nous avons gardé à l'Hôtel-Dieu annexe un homme qui, à la suite d'une arthrite aiguë de l'épaule, est condamné à l'immobilité absolue du bras, sans que le traitement antiphlogistique le plus actif, les révulsifs, les dérivatifs, les fondants, les calmants, le repos absolu du bras, puis, en désespoir de cause, les mouvements forcés de l'articulation, aient fait autre chose que d'amener des améliorations passagères.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, mai 1847.

[redacted]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La description précédente a fait connaître suffisamment la *marche* de la maladie. Elle est continue; aiguë d'abord, elle prend ensuite un caractère chronique plus ou moins marqué.

La *durée* de cette affection est généralement longue; il est rare qu'elle soit de moins d'un mois, y compris la gêne et la roideur de l'articulation. Souvent elle est de plusieurs mois, d'une année et plus, et parfois la maladie passe complétement à l'état chronique.

Nous venons de dire que la *terminaison* a lieu quelquefois par le passage à l'état chronique. Sauf ces cas, on peut dire d'une manière générale que la terminaison est heureuse. Les auteurs de pathologie externe ayant, comme nous l'avons dit plus haut, signalé des cas de suppuration de l'articulation, ont naturellement admis la terminaison par la mort, qui résulte fréquemment de cette suppuration. S'agit-il bien, dans ces cas, d'une arthrite simple?

§ V. — Lésions anatomiques.

On peut, soit en se rappelant ce que l'on observe dans les cas d'inflammation des articulations produite expérimentalement chez les animaux, soit en ayant égard à ce qui se passe à la suite de violences graves sur les articles, se représenter l'état des parties malades dans l'arthrite simple spontanée; mais ce n'est pas là un résultat de l'observation, et il n'y aurait par conséquent aucune utilité à entrer dans des détails à cet égard.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le point le plus important du *diagnostic* consiste dans la distinction de l'arthrite simple aiguë et du *rhumatisme articulaire aigu* : c'est ce que nous avons fait à propos du rhumatisme articulaire aigu, et nous renvoyons le lecteur au diagnostic de cette maladie.

Disons seulement ici que, lorsqu'une articulation présente une inflammation évidente, il faut rechercher s'il n'y a pas eu une violence extérieure; s'il n'existe pas une phlébite; si les os qui concourent à former l'articulation n'étaient pas préalablement malades; car, ce qu'il importe surtout de constater, c'est si l'arthrite est simple et spontanée. Le diagnostic absolu est, en effet, tellement facile, que, si l'on excepte le rhumatisme articulaire, et peut-être aussi, dans quelques cas, le *rhumatisme musculaire*, il n'est aucune affection qui ressemble à l'arthrite simple aiguë.

§ VII. — Traitement.

Les renseignements que nous possédons sur le *traitement* de l'arthrite aiguë sont nécessairement peu précis, parce que les auteurs n'ont pas cherché à déterminer exactement les cas; ce qui le prouve, c'est qu'ils se servent indifféremment des mots *arthrite aiguë*, *rhumatisme aigu*, *douleurs rhumatismales*, pour dési-

›r la maladie. Or, nous avons vu plus haut que les divers états pathologiques qui ›ondent à ces différents termes sont loin d'être identiques.

Émissions sanguines. — Dans la période d'acuité, tous les médecins emploient émissions sanguines, et en proportionnent l'abondance à l'intensité de l'inflammation. On doit avoir recours à la *saignée générale* plus ou moins répétée, aux plications de *sangsues* (25 ou 30 chaque fois), aux *ventouses scarifiées* (8 ou 10 lusieurs reprises), jusqu'à ce que la douleur soit devenue moins vive et la fièvre ins violente.

L'usage des *narcotiques*, et principalement de l'*opium*, est formellement indiqué dans une maladie aussi douloureuse, et qui occasionne ordinairement une somnie presque complète. L'opium doit être administré, à l'intérieur, à la dose › 5 à 15, 20 et 25 centigrammes progressivement, et en ayant soin d'en surller les effets. Des *cataplasmes laudanisés* ou faits avec la décoction de feuilles › *belladone*, de *datura stramonium*, sont maintenus sur la partie malade.

Pour compléter ce traitement calmant et antiphlogistique, on administre des ssons délayantes et émollientes, et l'on maintient le malade à une *diète sévère.*

Les *sudorifiques*, les *diurétiques* et les *purgatifs* ont été rarement administrés ns cette affection. Il nous est, par conséquent, impossible d'en apprécier les fets, et l'on ne peut, jusqu'à nouvel ordre, les conseiller que dans les cas particuliers dont chacun sera juge.

Au lieu d'employer les émollients et les calmants, on doit, suivant Bonnet (1), pliquer sur l'articulation malade des topiques excitants. Cet auteur rapporte des s dans lesquels la douleur a été promptement calmée par l'emploi du *cataplasme* › *Pradier*, dont nous avons donné précédemment la formule (2), et par celui que seille M. Trousseau, et qui est composé ainsi qu'il suit (3) :

℞ Mie de pain....................	ãã q. s. pour que la mie de pain ait la consistance d'un cataplasme.	
Eau-de-vie camphrée............		

Faites chauffer à une chaleur douce ; versez à la surface du cataplasme :

Laudanum de Sydenham....	15 gram.	Extrait de belladone........	8 gram.

Laissez ce cataplasme appliqué pendant quarante-huit heures.

Suivant M. Trousseau, ce cataplasme est principalement utile lorsque l'arthrite on siége dans une articulation environnée de peu de parties molles.

Bonnet (de Lyon) employait encore avec succès les cataplasmes suivants :

℞ Farine de graine de lin.....	Q. s.	Alcool saturé de camphre.......	Q. s.

Ou bien :

Farine..................	Q. s.	Vinaigre....................	Q. s.

Position des membres. — Un autre précepte qu'il est très important de con-

(1) *Traité des maladies des articulations.* Paris, 1845, 2 vol. in-8 et atlas. — *Traité de thérapeutique des maladies articulaires.* Paris, 1853, p. 151.
(2) Voy. article *Angine de poitrine.*
(3) *Traité de thérapeutique*, t. II, 2e édit., p. 70.

naître, c'est de maintenir l'articulation malade dans l'immobilité absolue. Ce précepte, sur lequel Bonnet (de Lyon) et M. Malgaigne ont insisté avec beaucoup de raison, est très important pour assurer une guérison rapide. Mais, même en partant de ce principe, il y a une assez grande différence dans la pratique des chirurgiens à cet égard. La plupart veulent que, pendant toute l'acuité de l'inflammation, on maintienne les muscles dans l'état de relâchement, ce que l'on fait, pour les genoux en particulier, à l'aide d'un double plan incliné. Bonnet recommandait, au contraire, quelle que fût l'acuité de l'inflammation, de ramener et maintenir les membres dans la position qui, après la cure, et dans le cas d'une ankylose, est la plus favorable au rétablissement des fonctions. Ainsi, dans l'arthrite fémoro-tibiale, on doit, suivant ce chirurgien, étendre le genou, s'il est fléchi; dans la coxalgie aiguë, il faut redresser la cuisse, si elle est portée en dedans ou en dehors, etc. Il y a un peu d'exagération dans les craintes de Bonnet. En mettant les muscles dans le relâchement, on calme bien plus promptement les douleurs, et si l'on a soin de ne pas attendre, pour ramener le membre dans la position convenable, que la roideur se soit rétablie, on y parvient facilement.

Lorsque la douleur a notablement diminué, on peut, à l'aide de bandelettes de diachylum, appliquer, comme le recommande M. Velpeau, une *compression méthodique*, qui dissipe promptement le reste de la douleur et de l'inflammation. C'est aux genoux, aux pieds, aux coudes et aux poignets que cette compression est particulièrement applicable.

A l'époque où la douleur est complétement dissipée, et où il ne reste plus qu'un peu de gêne, une roideur plus ou moins grandes de l'articulation, on peut mettre en usage d'autres moyens. On a recours aux *larges vésicatoires*, pansés ou non avec l'onguent *mercuriel*, et aux *douches de vapeur* sur l'articulation malade.

On fait aussi couvrir l'articulation malade d'un large *emplâtre de Vigo cum mercurio*; et, comme nous l'avons dit dans le mémoire cité plus haut (1), soit que la maladie tendît naturellement à la guérison, soit que ce fût un résultat de cette application, tous les malades ont déclaré éprouver, les jours suivants, une amélioration assez marquée.

Reste une dernière indication : c'est celle de faire exécuter au membre des *mouvements chaque jour plus étendus*, lorsque la douleur s'est complétement dissipée. Cette pratique n'a jamais d'inconvénients. Mais des chirurgiens recommandent, lorsque la roideur persiste trop longtemps, d'imprimer de vive force de grands mouvements, dans le but de la vaincre tout à coup. Nous avons vu, comme Bonnet, cette pratique occasionner les plus vives douleurs, non-seulement sans profit, mais encore avec un désavantage réel; car, les jours suivants, l'articulation était redevenue presque aussi malade que les premiers jours. Il faut donc bien distinguer les cas.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, narcotiques; émollients; topiques excitants : cataplasmes antiarthritiques de Pradier, de Trousseau, de Bonnet; position des membres; compression, mouvements méthodiques.

(1) *L'Union médicale*, 6 février 1847.

ARTICLE II.

ARTHRITE SIMPLE CHRONIQUE.

L'arthrite simple chronique a été, bien moins encore que l'arthrite simple aiguë, étudiée au point de vue sous lequel il nous importe de l'envisager.

Il ne faut pas confondre avec l'arthrite chronique la roideur, la gêne des articulations et l'ankylose qui succèdent à l'arthrite aiguë; ce sont des conséquences de maladie terminée, et non des maladies nouvelles. Pour qu'on puisse dire qu'il existe une arthrite chronique, il faut qu'à la roideur et à la gêne se joignent la douleur, et ordinairement un gonflement plus ou moins marqué des tissus.

L'arthrite simple chronique se montre de préférence, soit à l'épaule, soit aux genoux, soit dans une hanche.

Quelquefois elle se développe d'emblée avec son caractère chronique ; plus souvent elle succède à l'arthrite aiguë; elle condamne le membre à un repos absolu; elle occasionne de l'insomnie, surtout pendant les exacerbations, qui sont très fréquentes, et dans lesquelles la maladie reprend des caractères d'acuité plus ou moins tranchés; la douleur se propage souvent à toute l'étendue du membre, et celui-ci finit par s'émacier. Les autres détails donnés par les auteurs se rapportent particulièrement à l'arthrite par violence extérieure, et c'est dans les traités de chirurgie qu'il faut les chercher.

Le traitement de l'arthrite chronique ne diffère de celui de l'arthrite aiguë que en ce que les topiques irritants y tiennent une plus grande place. Lorsque les symptômes d'acuité se reproduisent, il faut recourir aux *émissions sanguines*.

M. Trousseau (1) a rapporté des faits dans lesquels l'application du *calorique concentré* autour des articulations malades a produit une amélioration prompte, et même la guérison. L'emploi de ce moyen consiste à entourer l'articulation de *sachets de sable chauffés au point de rendre leur contact désagréable*. Dès que les sachets sont refroidis, il faut les remplacer par d'autres chauffés au même degré.

M. Legroux (2) a cité des cas dans lesquels il a réussi à guérir les arthrites très rebelles, localisées dans une articulation, à l'aide de *cautérisations avec l'acide sulfurique concentré*, pratiquées de la manière suivante :

On imprègne un pinceau d'acide concentré et on le passe sur les points les plus douloureux de l'articulation. On laisse sécher sans essuyer, et il reste une eschare peu profonde, d'un jaune brunâtre, qui laisse rarement une cicatrice. Ce moyen, qui n'est pas douloureux au moment de l'application, le devient beaucoup dans la journée, et n'a pas autant de puissance que la cautérisation transcurrente, exempte de tout inconvénient (voy. *Névralgies*. T. Ier, p. 657).

M. le docteur Bicchi (3) emploie contre l'arthrite chronique la *pommade au nitrate d'argent*, dans la proportion suivante :

(1) *Bulletin génér. de thérap.*, septembre 1847.
(2) *Union medicale*, octobre 1848.
(3) Voy. *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, mars 1847.

[redacted]

℞ Nitrate d'argent......... 5 gram. | Axonge................ 32 gram.

Pour frotter l'articulation largement une fois par jour.

Ce moyen avait déjà été mis en usage par W. Adams et Guthrie.

Bonnet (de Lyon) a employé avec succès, dans les inflammations chroniques d articulations, les *cataplasmes à l'alcool camphré* (1), qui lui ont réussi dans l'a thrite aiguë. Les larges *vésicatoires*, la *cautérisation transcurrente*, les *mox* l'*acupuncture*, les *douches de vapeur*, les *bains de vapeur*, les *narcotiques*, o été mis en usage. L'arthrite chronique spontanée ou de cause interne étant u affection très rebelle, surtout quand elle siége à l'épaule, en désespoir de cau on a conseillé d'imprimer des mouvements forcés, dans le but de ramener la so plesse dans l'articulation; mais cette manœuvre doit augmenter beaucoup les ac dents, et l'on doit ordinairement s'en abstenir.

ARTICLE III.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES MALADIES DU SYSTÈME OSSEUX ET MUSCULAIRE.

[Nous ne voulons pas tracer ici l'histoire de diverses affections qui appartienne spécialement à la chirurgie, telles que le *mal de Pott*, le *strabisme*, etc.; mais nous paraît nécessaire de montrer que l'intervention médicale est souvent util dans les cas de ce genre, et que la thérapeutique s'est enrichie de quelques acqui sitions nouvelles.

Dans ces dernières années, on a compris que le *mal de Pott* n'est qu'un affection locale, un élément de la scrofule, et l'on a ajouté au traitement pureme chirurgical des moyens médicaux divers d'une grande efficacité. Nous citero d'abord l'*iode*, le *fer*, l'*huile de foie de morue*. Jarrold, médecin anglais, ci par M. Bouvier (2), aurait proposé l'*extrait de jusquiame;* le *phosphate* et *carbonate de chaux* ont été employés par des médecins et des pharmacie français (Piorry (3), Becquerel, Mouries). On a proposé aussi l'*iodophosphate* *soude* comme succédané de l'huile de foie de morue (Uzac). Parmi les eaux m nérales, on a mis surtout en usage, avec succès, les *eaux mères* des salin comme à Salins (Jura), par exemple (4).

Nous ne savons réellement pas ce qu'il faut penser de l'emploi de la *jusquia* dans le traitement du strabisme. M. Galavardin (5) aurait guéri par ce moy

(1) Voy. l'article précédent.

(2) *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, professée l'hôpital des Enfants pendant les années 1855, 1856, 1857. Paris, 1858, in-8, p. 48.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX, Paris, 1853-54, p. 310.

(4) *Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale*, comprenant la g graphie et les stations thermales, la pathologie thérapeutique, la chimie analytique, l'hist naturelle, l'aménagement des sources, l'administration thermale, etc., etc., par MM. Dura Fardel, E. Le Bret et J. Lefort. Paris, 1860, in-8°, t. II, p. 715.

(5) *Du strabisme chronique : strabisme de l'œil droit ayant duré huit ans* (1842-18 *guéri par la jusquiame* (*Journal de la Société gallicane*, 1859).

lusieurs cas de cette maladie. Nous éprouverions, on le comprend, quelque hés ation à apprécier une médication homœopathique.

Il ne nous appartient pas non plus de rappeler les nombreuses et ingénieus difications des appareils de chirurgie proposées par le regrettable Bonnet (n) (1); les diverses applications de la ténotomie sous-cutanée (J. Guérin) (2 fenbach (de Berlin), Charles Phillips (de Liége) (3). Nous voudrions pouvo ster sur les applications récentes et déjà si variées de l'*électrisation médical* rtée dès son origine à une grande perfection par M. Duchenne (de Boulogne) (4 st sans doute cette méthode dans laquelle on fait usage d'un courant à inte ttence rapide, qui a fait naître l'idée d'employer le courant galvanique consta traitement des maladies nerveuses et musculaires. Cette dernière méthode, d gnée sous le nom de *galvanothérapie*, a été exposée avec beaucoup de dévelo ements par le professeur Remak (de Berlin) (5).]

SECTION TROISIÈME.

MALADIES DE L'OREILLE.

Nous décrirons l'*otite aiguë*, l'*otite chronique* et l'*otalgie*.

ARTICLE Ier.

OTITE AIGUE.

On distingue l'*otite aiguë* en *externe* et *interne*, suivant que l'inflammati ccupe seulement le conduit auditif externe, ou qu'elle a pour siége une partie oreille interne.

1° OTITE AIGUE EXTERNE.

Cette otite reconnaît pour causes principales l'action de *corps irritants* sur conduit auditif, l'introduction de corps étrangers, l'accumulation du cérume l'action des instruments introduits dans l'oreille pour certaines opérations. Le pl

(1) *Traité des maladies des articulations*. Paris, 1845, 2 vol. in-8, et atlas de 16 pl. in- — *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853, in-8 avec 90 pl. — *No velles méthodes de traitement des maladies articulaires*, 2e édit., accompagnée de 17 plancl intercalées dans le texte et d'un recueil d'observations sur la rupture de l'ankylose. Pa 1860, in-8.

(2) *Essais sur la méthode sous-cutanée appliquée aux plaies en général et aux plaies articulations*. Paris, 1841, in-8.

(3) *De la ténotomie sous-cutanée*, ou des opérations qui se pratiquent pour la guérison pieds bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses ang laires du genou, du strabisme, de la myopie, du bégayement, etc. Paris, 1841, in-8.

(4) *De l'électrisation localisée, et de son application à la pathologie et à la thérapeutiq* 2e édit. Paris, 1860, 1 vol. in-8 avec fig.

(5) *Galvanothérapie, ou de l'application du courant galvanique constant au traitement maladies nerveuses et musculaires*. Traduit par le docteur Alphonse Morpain, avec des ad tions de l'auteur. Paris, 1860, in-8.

[redacted]

souvent elle est causée par l'action du froid sur les oreilles. On a vu quelquef l'otite se développer par suite de l'introduction dans l'oreille de parasites, tels q des vers, des poux, des mouches (1). Elle se manifeste plus volontiers chez les e fants qu'aux autres âges de la vie.

Symptômes. — La *douleur* est le premier symptôme qui annonce la maladi Elle est d'abord faible, souvent prurigineuse, puis elle va en augmentant et pa devenir très aiguë, ce qui s'explique par la densité des tissus envahis. Les mouv ments de la mâchoire inférieure retentissent douloureusement dans le condu auditif.

L'impression de la chaleur trop forte, aussi bien que du froid, augmente douleur.

En même temps l'*ouïe* devient dure, et cette dureté d'oreille va en augmenta avec l'inflammation ; il y a des bourdonnements, des sifflements d'oreille.

Dans les cas où l'inflammation est très intense, la douleur s'étend à toute la tê ou à un de ses côtés; mais ces cas ne sont pas les plus fréquents.

L'*inspection du conduit auditif* fait reconnaître : d'abord la rougeur et la séch resse de ce canal, puis un plus ou moins grand nombre de boutons, d'abord petit ensuite plus gros, qui se remplissent de pus. A une époque plus avancée, on consta la rupture de ces boutons et une ulcération consécutive, et, dans certains cas, u gonflement, un boursouflement considérable de la muqueuse.

L'*écoulement du pus* vient ordinairement, au bout de trois ou quatre jours, ca mer la douleur. C'est d'abord un liquide ténu, puis un pus véritable qui a parfo une odeur fétide. Quelquefois le boursouflement de la muqueuse est tel qu'un certaine quantité de pus est emprisonnée derrière cet obstacle, d'où résulte un douleur très vive; il faut être prévenu de la possibilité de cet accident, afin d porter promptement remède.

Ordinairement les symptômes généraux sont légers. Cependant toujours la dou leur occasionne une certaine anxiété, du malaise, et souvent l'insomnie. Dans que ques cas, l'inflammation étant violente et profonde, la fièvre s'allume, et il y de l'agitation ; mais tout le monde s'accorde à dire que, lorsqu'il y a une doul excessive et profonde, lorsqu'il survient une agitation très grande, du délire, u fièvre considérable, c'est que l'inflammation s'est étendue à la cavité du tymp car par elle-même l'otite externe n'est pas capable de donner lieu à des symptôm aussi graves.

La *marche* de la maladie est continue, bien que la douleur ait par moments surtout la nuit, de grandes exacerbations. La *durée* des symptômes violents comme nous l'avons dit plus haut, de trois à quatre jours ; celle de la suppura est souvent plus considérable. La *terminaison* ordinaire est une guérison prom parfois elle se fait attendre, les ulcérations ne se cicatrisant pas ; et d'autres aussi l'otite passe à l'état chronique.

Nous ajouterons seulement quelques mots sur le *traitement* en les emprun à l'article de M. Velpeau (2).

(1) Itard, *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, 2[e] édit. Paris, 1842, 2 in-8 avec 3 pl. — Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'h et des animaux domestiques*. Paris, 1860, in-8, p. 141.

(2) *Dict. de méd., ou Répert. des sc. méd.*, en 30 vol., art. OREILLE (pathol.), t. XXII, p.

« Si l'inflammation, dit-il, est bornée au conduit auditif, s'il y a peu de symptômes généraux, des injections émollientes, des cataplasmes maintenus sur l'oreille, éloignement des causes qui ont produit ou qui entretiennent l'inflammation suffisent souvent pour faire avorter la maladie avant qu'aucun flux muqueux ou purulent se soit établi. Si la douleur est vive, il faut avoir recours aux injections calmantes et narcotiques, faites, par exemple, avec une *solution de cinq à six grains d'opium dans une décoction de guimauve et de têtes de pavot*. Itard (1) conseille, dans le même cas, de placer dans le conduit auditif un bourdonnet de coton dans lequel sont enveloppés quelques grains de *camphre*. Alors aussi une ou plusieurs applications de *sangsues* derrière l'oreille ; et si même l'état aigu ne cède pas sous l'influence de ces moyens, le chirurgien ne doit pas hésiter à pratiquer une *saignée* générale. L'écoulement une fois établi, il faut remplacer les injections narcotiques par d'autres émollientes, comme celles de lait tiède, d'eau de guimauve. Enfin, les pédiluves sinapisés, des dérivations sur le tube intestinal, sont encore souvent très utiles. »

2° OTITE AIGUE INTERNE (*otite aiguë de la caisse* (2).

Causes. — Les causes de l'otite interne ne se trouvent pas ordinairement dans la violence extérieure ou dans l'action d'un corps étranger. Nous avons vu que parfois l'otite externe pouvait gagner la cavité du tympan ; mais le plus souvent on ne trouve d'autre cause à l'affection que l'action du froid, ou bien cette tendance qu'ont certains organes à s'enflammer secondairement dans le cours ou dans la convalescence d'une maladie grave, telle que la fièvre typhoïde, la variole, etc. Tous les auteurs conviennent que, dans la production de cette maladie, il faut reconnaître souvent une prédisposition non douteuse.

Symptômes. — La *douleur* est généralement beaucoup plus vive que dans l'otite externe, et cela à une époque rapprochée du début. Elle est profonde, continue, avec des exacerbations plus ou moins violentes. Elle reste souvent fixe dans l'oreille, parfois elle s'irradie à tout un côté du crâne. Elle arrache de vives plaintes au malade. Il y a en outre une sensation de plénitude et des battements dans la cavité du tympan. La *surdité* est marquée et causée par l'obstruction de la trompe et par la raréfaction et même l'absorption de l'air contenu dans la caisse (3).

En même temps on voit survenir de l'*agitation*, de l'insomnie, parfois des vertiges, du délire, et même des convulsions.

La *fièvre* ne tarde pas à s'allumer. Il y a de la soif, une perte plus ou moins complète de l'appétit, de la chaleur à la peau, de la céphalalgie qu'il ne faut pas confondre avec la douleur causée par l'inflammation.

Ces symptômes violents, lorsque l'affection est simple et que les os et les cartilages ne sont pas altérés, durent ordinairement trois ou quatre jours, puis le malade sent *le pus s'échapper* par le conduit auditif externe, et ordinairement il en

(1) *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, nouvelle édition. Paris, 1842.
(2) Bonnafont, *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1860, in-8°.
(3) Idem, *ibid.*

sort un flot qui mouille l'oreiller. Dès ce moment il se manifeste un soulagement des plus marqués, la douleur cesse brusquement avec l'agitation et les autres symptômes concomitants. Le malade peut s'endormir paisiblement. Dans quelques cas rares, c'est par la trompe d'Eustache que s'écoule le pus qui tombe alors dans l'arrière-gorge.

Les jours suivants, le pus continue à s'échapper; il est quelquefois fétide. Puis il diminue peu à peu, et, au bout de peu de temps, la maladie se termine par la guérison, sans laisser de traces.

[Mais avant que le pus se soit fait jour de lui-même, soit par la trompe d'Eustache, soit par la membrane du tympan ulcérée, il est bon de diagnostiquer l'imminence de cette terminaison pour la prévenir, et surtout pour empêcher l'issue du pus à travers les cellules mastoïdiennes.

A cet effet, on pratique de bonne heure le cathétérisme du conduit auditif externe, soit avec le spéculum plein de M. Dehau, dont la forme est celle d'un cône creux, soit avec le spéculum droit à valves d'Itard, soit avec le spéculum courbe de M. Triquet.

Par ces moyens explorateurs, on découvre assez aisément l'accumulation du pus dans l'oreille moyenne, parce que sa couleur jaunâtre se voit sur le tympan, dont la concavité externe est remplacée par une convexité dans le même sens. En même temps, cette membrane a perdu ses reflets blancs irisés, et le manche du marteau cesse d'être visible par transparence.

De cet examen, il sera permis de conclure que l'otite interne aiguë est phlegmoneuse et non pas seulement catarrhale, et qu'il y a lieu, ou de pratiquer le cathétérisme de la trompe afin d'évacuer le pus de ce côté, ou, si cette manœuvre est insuffisante, de pratiquer la perforation du tympan. Cette perforation se fait par le crayon de nitrate d'argent aiguisé ou avec le stylet. La première opération défendra, s'il est possible, le tympan de l'ulcération qui est imminente; la perforation devra prévenir la migration du pus vers les cellules mastoïdiennes.

En tout état de cause, l'absence d'intervention du médecin exposerait au moins le malade à d'autres accidents graves, tels que le *ramollissement des cartilages*, les diverses *altérations des os*, la *propagation de l'inflammation aux membranes cérébrales et même au cerveau;* mais les premiers doivent être étudiés dans les traités de chirurgie, et les autres ont été suffisamment indiqués dans l'histoire des affections cérébrales.]

La *marche* de la maladie est, comme nous venons de le voir, continue et rapide. La *durée* est généralement courte; cependant il arrive quelquefois que la seconde période, c'est-à-dire celle qui est caractérisée par l'écoulement du pus au dehors, se prolonge pendant un temps assez long. La *terminaison* ordinaire de l'otite aiguë simple est la guérison. Les cas dans lesquels l'inflammation se propage aux organes intra-crâniens sont presque tous compliqués.

Le *diagnostic* ne présente ordinairement pas de difficulté lorsque l'affection est simple, et nous avons déjà dit plusieurs fois que nous ne devions pas nous occuper des cas compliqués. On distingue l'otite interne de l'otite externe par l'exploration du conduit auditif. L'absence de tout signe d'inflammation dans celui-ci, jointe à la douleur vive et profonde et au mouvement fébrile, suffit pour fixer le jugement du médecin.

[Le diagnostic de l'otite interne n'exige pas seulement qu'elle soit distinguée de l'otite externe; il est indispensable, pour fixer le pronostic et le traitement, de préciser si le cas actuel appartient à l'otite catarrhale pure ou à l'otite phlegmoneuse, sans parler de l'otite des fièvres graves qui se distingue assez nettement des deux premières par les signes anamnestiques.

L'otite catarrhale naît du froid humide; l'otite phlegmoneuse, des fièvres graves et de certaines prédispositions diathésiques. La première est peu douloureuse et offre une réaction fébrile assez peu intense. La seconde offre une douleur vive, une réaction violente, des troubles cérébraux. Si l'on fait pénétrer dans la caisse du tympan une douche d'air au moyen du cathétérisme de la trompe et du soufflet de Kramer, dans le premier cas elle diminue la surdité et fait entendre une crépitation fine; dans le second, la douche d'air aggrave tous les symptômes et fait entendre un bruit de gargouillement (1).

L'otalgie offre un signe commun avec les deux maladies précédentes, mais cette douleur est intermittente et non continue; elle monte tout d'un coup à son maximum d'intensité, et se calme de même pour laisser éclater d'autres accès de douleur dans un foyer voisin dépendant de la cinquième paire.]

Traitement. — Nous avons dit plus haut que l'otite aiguë se termine ordinairement par la rupture de la membrane du tympan et par l'écoulement du pus au dehors, et que, dans quelques cas rares, c'est par la trompe d'Eustache que l'écoulement a lieu. Avant d'arriver à ce moment, il faut employer des moyens propres à calmer les douleurs et l'agitation qui en est la conséquence. Pour cela on a recours à la *saignée générale*, aux *sangsues* appliquées derrière l'oreille; aux *émollients*, et principalement aux cataplasmes fréquemment renouvelés; aux *calmants*, et principalement à l'opium. Comme moyens adjuvants, on emploie les *pédiluves sinapisés*, les *purgatifs*, etc.

[On prescrira surtout avec avantage les bains d'oreille pris de la manière suivante : le malade inclinera la tête de côté, l'oreille malade tournée en haut, on remplira le conduit avec une décoction à parties égales de pavot et de racine de guimauve, à température tiède; le malade se trouve souvent beaucoup mieux d'une température froide. Ces bains seront renouvelés plusieurs fois dans la journée, et le malade les gardera le plus longtemps possible (2).]

Mais il peut arriver que le pus emprisonné dans le tympan ne puisse se frayer un libre passage au dehors. En pareil cas, les accidents se prolongent, et le séjour du liquide peut occasionner des altérations graves des os et des cartilages. Voici, suivant M. Velpeau, à qui nous croyons devoir encore emprunter ce passage, la conduite à tenir dans cette circonstance : « Le pus ainsi formé constitue, dit-il (3), un véritable abcès, et il est de la plus haute importance de hâter son évacuation. Deux moyens se présentent : ou bien *désobstruer la trompe d'Eustache*, ou *perforer la membrane du tympan*... Par l'une ou l'autre de ces deux pratiques, on est plusieurs fois parvenu à donner au liquide une issue suffisante, à arrêter l'inflammation dans sa marche, et à mettre fin à la maladie. Toutefois la perforation de la

(1) Triquet, *Traité pratique des maladies de l'oreille*, 1857.
(2) Bonnafont, *loc. cit.*
(3) Idem, *loc. cit.*, p. 378.

[redacted]

membrane du tympan est ordinairement préférable, bien qu'elle détruise une partie naturelle, parce que l'ouverture, ainsi pratiquée, reste facilement libre et béante, tandis que la trompe est sujette à se boucher de nouveau, soit par le gonflement de sa membrane, soit par le pus. Chez plusieurs malades, Itard a réussi à guérir l'otite interne par la rupture artificielle de la membrane tympanique.

» Après cette rupture, la caisse ne se vide pas toujours du produit qu'elle contient. Il est des cas où elle renferme, au lieu de pus liquide, une matière épaisse, concrète et adhérente aux parois de la cavité, de sorte qu'il faut *l'aller chercher avec un stylet*, ou bien la délayer avec des *injections poussées avec force*. L'inflammation cède ordinairement, une fois le foyer ouvert au dehors. Mais ce n'est pas tout ; il reste encore à lutter contre le séjour et l'accumulation du pus. La situation profonde du foyer, cette circonstance que son fond forme une cavité plus large que ne l'est l'ouverture de sortie, rendent souvent inutile la communication extérieure, et au lieu de se déterger, de se tarir, l'abcès se convertit en fistule. Joignez à ces causes l'altération que peuvent avoir éprouvée les parois osseuses de la caisse, et vous concevrez comment l'otite interne aiguë amène si fréquemment l'otite chronique ou otorrhée. » Il est presque inutile d'ajouter que d'abord les injections doivent être émollientes et calmantes, et que si, plus tard, l'inflammation paraît avoir de la tendance à passer à l'état chronique, on a recours aux injections légèrement excitantes et détersives.

ARTICLE II.

OTITE CHRONIQUE.

L'*otite chronique* se divise, comme l'otite aiguë, en *externe* et en *interne*. Ces deux espèces ont été décrites souvent sous le nom d'*otorrhée*.

1° OTITE CHRONIQUE EXTERNE.

Cette affection n'a pour nous qu'un médiocre intérêt. Les seuls symptômes importants qu'elle présente sont l'écoulement d'un pus jaunâtre ou jaune sale, fétide ou non, sans douleur et avec une dureté plus ou moins marquée de l'ouïe, et parfois des bourdonnements d'oreille.

Ajoutons seulement quelques mots au sujet du *traitement*. Il consiste dans l'emploi d'injections détersives et astringentes, de vésicatoires derrière l'oreille, d'un séton même, si on le croit nécessaire, et des moyens généraux, tels que les bains de mer, les bains sulfureux, etc.

2° OTITE CHRONIQUE INTERNE.

Elle succède assez souvent à l'otite aiguë; elle attaque fréquemment les sujets atteints d'affections chroniques, et chez eux elle se développe assez souvent d'une manière spontanée.

[Il est permis d'admettre encore les influences diathésiques scrofuleuse, gout-

teuse (Joseph Frank, Itard), syphilitique (Wylde), tuberculeuse (Rilliet et Barthez, Grisolle, 1833).

Toutefois on est autorisé à conclure, avec M. Lebert, que les produits tuberculeux sont au moins infiniment rares dans le rocher des phthisiques atteints d'otite chronique. Cet auteur, dans ses recherches microscopiques, n'a jamais pu constater les éléments du tubercule dans le pus des cavités auriculaires.

Cette année même (1860) il nous a été donné de voir, sur le rocher d'un phthisique mort à la Charité, une perforation complète de l'os, accompagnée d'une ulcération de la dure-mère. Cette pièce n'offrait en aucun point de traces tuberculeuses.]

Dans l'otite primitive, une *douleur* permanente, incommode, accompagnée de surdité, se fait sentir dans l'oreille affectée, pendant un temps qui peut être long; puis l'écoulement s'établit et ne tarit plus; seulement il est plus ou moins abondant, suivant diverses circonstances qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier. La surdité, les bourdonnements, les sifflements d'oreille sont aussi des symptômes de cette affection.

[Les troubles physiologiques de l'audition peuvent passer par de nombreuses variations. C'est ainsi qu'on peut observer successivement : l'*éréthisme* ou l'*exaltation de l'ouïe*, la *paracousie* ou la *dépravation* de la fonction, la *dysécée* ou dureté de l'ouïe, enfin la *cophose* ou surdité presque absolue.

Mais c'est surtout dans les maladies nerveuses que l'on rencontre cette variété bizarre des troubles de l'ouïe.]

De plus, lorsque la membrane du tympan est détruite, ce qui est le cas le plus ordinaire, le malade fait sortir de l'air par l'oreille en soufflant fortement par les fosses nasales, le nez et la bouche étant hermétiquement fermés. Cet air a pénétré dans le tympan par la trompe d'Eustache, et s'est ensuite échappé par l'ouverture accidentelle.

Les moyens de *traitement* sont les mêmes que dans l'espèce précédente; mais, en outre, il faut avoir grand soin de *conserver une libre issue à la suppuration*. Voici, en effet, comment M. Velpeau, à qui nous devons faire ce nouvel emprunt, s'exprime sur ce point : « Un autre point essentiel, dit-il, dans le traitement de l'otorrhée, surtout interne, est d'entretenir un passage libre et continu au produit de la suppuration. C'est surtout après une suppression de l'écoulement que se montrent les complications du côté du cerveau. Ce soin est si important, qu'il est le principal sur lequel le médecin doive fixer son attention. On devra, en pareil cas, répéter les injections émollientes, et, au besoin, sonder la trompe d'Eustache et le conduit auditif pour enlever les amas de pus ou autres qui peuvent boucher les conduits. On devra également, si l'obstruction vient d'un boursouflement aigu des membranes, faire disparaître le gonflement par des cataplasmes, quelques sangsues, les bains de pied. Enfin, si la suppression dépend d'une autre cause, il faut opérer une dérivation ailleurs. »

ARTICLE III.

OTALGIE.

Il est aujourd'hui démontré que, dans le plus grand nombre des cas qu'on a décrits comme des otalgies, il s'agissait de véritables otites. Cependant il en est quel-

[redacted]

ques-uns où la douleur seule constitue toute la maladie, mais tous les auteurs s'accordent à dire qu'ils sont rares. Le fait est vrai, et ce qu'on n'a pas dit, c'est que, même dans les cas où la maladie est constituée uniquement par la douleur, il arrive très rarement encore que cette douleur soit bornée à l'oreille ; que le plus souvent on trouve d'autres points douloureux, surtout dans le nerf occipital, et que l'otalgie n'est pas, dans ces cas, une maladie distincte, mais un simple symptôme d'une maladie plus générale.

La *douleur* occupe soit le pavillon de l'oreille, soit le conduit auditif, soit une partie plus profonde. Elle est ordinairement lancinante, et les élancements ressemblent à la douleur que produirait un instrument piquant très fin enfoncé vivement dans l'oreille.

Le plus souvent, tous les auteurs en conviennent, d'autres douleurs se font sentir dans le crâne : c'est que la névralgie est étendue à un plus ou moins grand nombre de filets nerveux en dehors de l'oreille. On a dit aussi que la douleur se transporte assez souvent de l'oreille à une autre partie de la tête. Si l'on avait bien observé les faits, on aurait vu qu'il n'y avait réellement pas transport de la douleur, que celle-ci existait déjà hors de l'oreille, et que, devenant moins vive ou nulle dans cet organe, elle acquérait plus d'intensité dans les autres points. C'est ainsi du moins, que nous avons vu les choses se passer dans plusieurs cas.

Ce qui prouve cette vérité, c'est qu'on a cité des cas dans lesquels, en agissant sur des nerfs étrangers à l'oreille, on a procuré la guérison de la maladie. Ainsi on a cité un cas rapporté par Fauchard, dans lequel l'extraction d'une dent cariée a fait cesser la douleur d'oreilles.

Traitement. — Les injections calmantes, les fumigations vers le conduit auditif, des émollients, les émissions sanguines locales, la transpiration de la tête provoquée par divers moyens, comme le recommande Itard, les calmants à l'intérieur, tels sont les remèdes préconisés par les auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies de l'oreille. Un point très important de ce *traitement* consiste à s'assurer du degré d'étendue de la maladie, c'est-à-dire à rechercher si elle a exclusivement son siége dans l'oreille, ou si elle occupe d'autres points. Dans ce dernier cas, il faut attaquer les points douloureux partout où l'on en trouve : vers l'apophyse mastoïde, sur la tempe, sur la mâchoire inférieure, etc. Dans beaucoup de cas où les vésicatoires autour de l'oreille ont procuré la guérison de la maladie, on avait probablement affaire à quelqu'une des névralgies décrites dans un autre volume (1), et en attaquant les points douloureux situés hors de l'oreille, on aurait triomphé de la maladie, comme on fait disparaître les douleurs du trajet du nerf sciatique en appliquant l'exutoire sur un ou deux des principaux points névralgiques.

(1) Voy. tome Ier, *Névralgie trifaciale* (page 665), *occipitale* (page 685).

SECTION QUATRIÈME.

MALADIES DE LA PEAU.

Dès la plus haute antiquité, les maladies de la peau ont été l'objet d'études aussi fructueuses que le permettait l'état des connaissances médicales. Aussi la plupart d'entre elles sont-elles mentionnées ou décrites dans les ouvrages des médecins les plus anciens. Mais ces auteurs n'avaient pour se guider ni une méthode suffisamment rigoureuse, ni une connaissance assez exacte des signes différentiels de ces maladies. C'est pourquoi il règne une grande confusion dans l'histoire des affections cutanées, qui d'ailleurs n'avait pas été convenablement séparée de celle des autres maladies, jusqu'à l'époque où les travaux de Lorry, de Plenck, d'Alibert, et surtout de Willan (1), sont venus éclairer cette partie importante de la pathologie. Ce n'est pas ici le lieu de signaler les progrès que chacun de ces auteurs a fait faire à l'étude des maladies de la peau ; il me suffit de dire que l'ouvrage de Willan a provisoirement établi les bases d'une description méthodique de ces affections ; que Bateman (2) a puissamment contribué à répandre la classification de cet auteur ; qu'après lui Biett, MM. Cazenave et Schedel (3) et Rayer (4), ont montré combien cette classification est supérieure à celles qui l'avaient précédée, et ont, par une plus grande exactitude dans les descriptions, ajouté à l'histoire des maladies cutanées.

Nous suivrons ici la classification de Willan, malgré les imperfections qu'elle présente et les reproches qu'on peut justement lui adresser. En effet, elle est classique, encore suivie par un bon nombre d'auteurs, et elle a incontestablement le mérite de préciser mieux que toute autre la nature locale des lésions. Par cela même elle indique des modifications quelquefois importantes de la thérapeutique lorsqu'une même cause générale se traduit à la peau par des localisations d'apparences diverses. En effet, on ne traitera pas topiquement de la même façon un eczema, un lichen, un lupus scrofuleux.

Voici la classification de Willan, modifiée par Biett, et que MM. Cazenave et Schedel ont suivie dans leur ouvrage classique.

Ordre Ier. — *Exanthèmes :* Érythème, érysipèle, roséole, rougeole, scarlatine, urticaire.
Ordre II. — *Vésicules :* Miliaire, varicelle, eczéma, herpès, gale.
Ordre III. — *Bulles :* Pemphigus, rupia.
Ordre IV. — *Pustules :* Variole, vaccine, ecthyma, impétigo, acné, mentagre, porrigo.
Ordre V. — *Papules :* Lichen, prurigo.
Ordre VI. — *Squames :* Lèpre, psoriasis, pityriasis, ichthyose, pellagre.
Ordre VII. — *Tubercules :* Éléphantiasis des Grecs, molluscum, frambœsia, bouton d'Alep, kéloïde.

(1) *Descr. and treat. of cutaneous diseases.* London, 1798, 1801, 1805, 1807.

(2) *A pract. synopsis of cutan. diseases according to the arrang. of doctor Willan.* London, 1813.

(3) *Abrégé prat. des maladies de la peau.* — Chausit, *Traité élém. des maladies de la peau,* d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de M. Cazenave. Paris, 1853.

(4) *Traité théorique et prat. des malad. de la peau.* Paris, 1835, 3 vol. in-8 avec atlas de planches color.

Ordre VIII. — *Macules :* Teinte bronzée, éphélides, nævi, albinisme, vitiligo.
Ordre IX. — *Lupus.*
Ordre X. — *Purpura.*
Ordre XI. — *Éléphantiasis des Arabes.*
Ordre XII. — *Syphilides.*

Depuis lors, M. Cazenave a fait subir à sa classification de nombreux changements que nous allons faire connaître en reproduisant ici le tableau suivant, présenté par M. Chausit (1).

« Ier GROUPE. —Inflammations. —1er genre. *Éruptions non spécifiques pouvant exister à l'état aigu et à l'état chronique :* Érythème, érysipèle, urticaire, herpès, eczéma, pemphigus, impétigo, ecthyma, sycosis.—2e genre. *Éruptions non spécifiques existant toujours à l'état chronique :* Rupia, lèpre, psoriasis, pityriasis. —3e genre. *Eruptions spécifiques aiguës :* Roséole, rougeole, scarlatine, variole, vaccine, varicelle, miliaire. — 4e genre. *Eruptions spécifiques chroniques :* syphilides.

» IIe GROUPE. — Lésions de sécrétions. — 1er genre. *Lésions de la sécrétion folliculeuse :* Acné, favus.— 2e genre. *Lésions de la sécrétion de la matière épidermique :* Ichthyose, productions cornées, pellagre.— 3e genre. *Lésions de la sécrétion de la matière colorante : Décolorations :* Albinisme, vitiligo. *Colorations :* Teinte bronzée, éphélides, nævi pigmentaires.

» IIIe GROUPE. — Hypertrophie, développement anormal des parties affectées. — Éléphantiasis des Arabes, frambœsia.

» IVe GROUPE. — Dégénérescences, tendance à détruire les parties affectées. — Éléphantiasis des Grecs, bouton d'Alep, kéloïde, lupus.

» Ve GROUPE. — Maladies hémorrhagiques, maladies caractérisées par la présence du sang plus ou moins altéré hors des vaisseaux qui doivent le contenir.

» VIe GROUPE. —Lésions de la sensibilité de la peau. —Hyperesthésie, prurit, prurigo, lichen.

» VIIe GROUPE. — Corps étrangers. — Acarus, acarus de la gale, pediculus, pulex.

» VIIIe GROUPE. — Maladies des annexes. — *Maladies des poils :* Alopécie, canitie. *Maladies des ongles :* Onyxis. »

Nous excluons de notre cadre les *fièvres éruptives* (2), qui trouvent naturellement leur place auprès des fièvres proprement dites ; la *miliaire* (3), bien que souvent symptomatique, a été également étudiée dans les fièvres ; enfin les syphilides (4) appartiennent à l'étude de la syphilis en général.

[Depuis l'époque où les lignes précédentes ont été écrites, l'étude des maladies de la peau a fait, à notre sens, des progrès signalés. Ils sont dus aux investigations et aux vues philosophiques de M. Bazin, de l'hôpital Saint-Louis. Ce médecin distin-

(1) *Traité élément. des maladies de la peau.* Paris, 1853, p. XXXII.
(2) V. tome Ier, p. 153.
(3) *Ibid.*, p. 212.
(4) *Ibid.*, p. 455.

gué, envisageant avec sagacité l'importance relative des influences diathésiques qui gouvernent l'organisme, et des manifestations pathologiques enfantées par ces influences, abandonne et combat les idées de Willan, de Bateman et de leurs imitateurs. Les classifications anciennes s'appuyaient sur les lésions, celle de M. Bazin se fonde sur la maladie; de là des idées thérapeutiques bien autrement vraies et fécondes en résultats.

Ce n'est pas tout, descendant aux détails microscopiques, après ces larges remaniements de l'ensemble, M. Bazin déplace de leur rang provisoire des lésions rangées dans les macules, pour les grouper dans une grande famille, celle des affections parasitaires.

Il est donc permis d'adopter la pensée de M. Gibert devant l'Académie : « Si la pathologie cutanée a fait quelques progrès dans ce siècle, c'est à M. Bazin qu'ils sont dus. »

Ainsi, quelques exemples feront mieux comprendre ce que nous venons de dire.

Selon M. Bazin, dans l'immense majorité des cas, les affections connues sous le nom de gourmes, les impétigos, les eczémas, certains lichens, etc., chez les enfants, ne sont pas des maladies isolées, des entités morbides; on doit les considérer comme de simples éléments de la scrofule, comme la seule manifestation que l'aptitude de l'enfance permet à cette diathèse.

D'un autre côté, dans l'âge adulte, les mêmes manifestations cutanées ne sont pas davantage autant de maladies séparées; mais alors elles se rattachent à d'autres diathèses, comme les diathèses herpétique, rhumatismale, goutteuse ou syphilitique.

Le fait est tellement vrai, que l'on voit se succéder ou alterner chez un même individu l'une quelconque des affections cutanées que nous venons d'indiquer, et les phénomènes les plus caractéristiques de la goutte ou de la syphilis.

Enfin, selon M. Bazin, les maladies parasitaires ne sauraient se développer indifféremment chez tous les sujets; il faut au parasitisme un terrain favorable qui ne peut lui être préparé que par une constitution diathésée.

Tel parasite ne peut *prendre* que s'il est accepté par un état particulier de l'économie favorable à la végétation (teigne favus) ou à la nutrition (maladies pédiculaires, gale).

On comprend que nous ne puissions pas exposer avec plus de détails les idées si neuves et si philosophiques de M. Bazin, idées qui ont révolutionné la pathologie cutanée, mais nous prions vivement nos lecteurs de ne pas perdre de vue ces considérations générales en lisant les descriptions qui vont suivre.

La nécessité évidente d'étudier les maladies de la peau, plutôt dans leurs causes que dans leurs manifestations anatomiques, est tellement impérieuse que, parmi les auteurs récents dont les travaux sont absolument originaux, quelques-uns n'ont pas pu se soustraire à l'obligation de créer une classification ayant beaucoup d'analogie avec celle de M. Bazin. Voici, en effet, l'ordre adopté par M. Hardy (1), médecin de l'hôpital Saint-Louis :]

« 1re CLASSE. *Macules, difformités.* — La première classe comprend un certain

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, publiées par L. Moysant. Paris, in-8, 1860

[redacted]

nombre de difformités de la peau qui sont souvent congénitales ou héréditaires, et qui ne s'élèvent qu'accidentellement au rang de maladies. Dans cette catégorie nous trouverons toutes les lésions de coloration, macules, taches de rousseur, éphélides, vitiligo, lentigo ; certaines tumeurs, verrues, molluscum ; on doit y ajouter encore l'ichthyose et la kéloïde. Ces lésions ne réclament généralement aucun traitement médical. Si l'on veut les guérir, lorsqu'elles sont locales, il faut chercher à les détruire par l'incision et les caustiques.

» 2ᵉ CLASSE.—*Inflammations locales.* Ce sont, comme leur nom l'indique, de simples inflammations locales, sans aucune relation avec un état général quelconque. Il y a bien quelquefois au début un mouvement fébrile, mais peu intense, et le plus souvent éphémère. Dans ce groupe nous trouvons l'érythème, l'urticaire, l'herpès, l'ecthyma, le pemphigus, etc. La thérapeutique de ces affections est simple ; des antiphlogistiques légers, locaux et généraux, suffisent le plus souvent.

» 3ᵉ CLASSE. *Maladies parasitaires.*—Dans la troisième classe, nous rencontrons des affections encore purement locales, mais dues à la présence d'un parasite, animal ou végétal (gale, sycocis, herpès circiné, favus). L'indication thérapeutique est précise, elle repose tout entière sur la destruction du parasite.

» 4ᵉ CLASSE. *Fièvres éruptives.* — Cette classe renferme des affections qui ne sont plus localisées comme les précédentes, mais qui se rattachent à une cause générale, c'est-à-dire à l'introduction dans l'économie d'un virus particulier à chaque maladie : telles sont la scarlatine, la rougeole, la variole, etc. L'éruption cutanée est précédée et s'accompagne de phénomènes généraux plus ou moins intenses. Pour le traitement, on doit respecter le travail organique, qui constitue la maladie principale, et combattre les complications.

» 5ᵉ CLASSE. *Éruptions symptomatiques.*— Ici l'éruption n'est qu'accessoire et n'occupe qu'une place très secondaire dans l'histoire de la maladie ; nous rangerons dans ce groupe l'*herpès labialis*, les taches rosées de la fièvre typhoïde, les sudamina, le purpura. Le traitement devra s'adresser à la maladie principale.

» 6ᵉ CLASSE. *Dartres.*—Les dartres, qui constituent la sixième classe, dépendent d'un état particulier, d'une disposition générale de l'économie, que l'on appelle diathèse dartreuse. Les maladies dartreuses sont : l'eczéma, le psoriasis, le lichen, le pityriasis. Dans ces maladies constitutionnelles, la nécessité d'un traitement général et spécial ressort d'une manière évidente.

» 7ᵉ CLASSE. *Scrofulides.* — Immédiatement après les dartres nous devons placer une classe de maladies bien importantes, et qui est également due à une diathèse particulière, à la diathèse scrofuleuse ; et nous avons proposé d'appeler *scrofulides* ces manifestations cutanées. Aux modificateurs locaux s'ajoute nécessairement le traitement général de la diathèse.

» 8ᵉ CLASSE. *Syphilides.*—La huitième classe est formée par les syphilides, qui sont aussi dues à une diathèse, non plus nécessairement innée et héréditaire, mais ordinairement acquise, à la diathèse syphilitique. C'est à Biett que nous devons nos premières notions sur ces maladies. Le traitement est celui de la syphilis.

» 9ᵉ CLASSE. *Cancers.* — Dans le dixième groupe nous placerons le cancer de la peau. Outre les différentes formes de cancer dont la peau peut être affectée, la plus commune est celle qui est désignée sous le nom de *cancroïde*. L'indication thé-

peutique est également précise : la partie de la peau affectée de cancer doit être enlevée par l'instrument tranchant ou le caustique, et, d'après une expérience ancienne, nous avouons, dans ce cas, notre prédilection pour le dernier moyen.

10e CLASSE. *Maladies exotiques.* — Dans la dixième classe, nous rangerons les affections qui ne s'observent pas dans nos climats et que l'on ne rencontre que dans d'autres contrées présentant des conditions climatiques tout à fait différentes des nôtres (lèpre tuberculeuse, pian, etc.).]

CHAPITRE PREMIER.

EXANTHÈMES.

Les exanthèmes ont des prodromes communs, qui sont : des frissons irréguliers des lassitudes spontanées, un mouvement fébrile souvent fort intense, la céphalalgie, la soif, l'anorexie. Or, l'existence de ces symptômes communs donne à ces maladies une physionomie particulière, et les rapproche des fièvres, ainsi que presque tous les auteurs ont eu soin de le faire remarquer. En outre, ces prodromes ont en général une assez longue durée, de telle sorte que, pendant un ou plusieurs jours, il n'existe qu'une fièvre qui souvent laisse le diagnostic incertain.

ARTICLE Ier.

ÉRYTHÈME.

Cette affection est peu importante ; elle a été étudiée presque exclusivement par les médecins qui se sont occupés spécialement des maladies de la peau.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*érythème* est un exanthème caractérisé par une rougeur légère et superficielle sans forme déterminée.

Willan est le premier qui ait donné à cette affection le nom d'*érythème ;* Bateman et Biett ont adopté cette dénomination. On a aussi désigné l'érythème sous les noms d'*intertrigo*, *macula volatica*, *efflorescence.* Alibert lui donnait celui de *dartre érythémoïde.*

L'érythème est une affection cutanée qui se présente très fréquemment, ce que l'on comprendra très facilement lorsque nous aurons énuméré les causes qui le produisent.

§ II. — Causes.

« L'érythème, disent MM. Cazenave et Schedel, résulte souvent de l'action plus ou moins directe, sur la surface de la peau, de diverses *causes extérieures* : ainsi

il est produit par le *frottement répété de deux surfaces contiguës du corps*, surtout chez les enfants et chez les personnes plus ou moins chargées d'embonpoint. On l'observe alors au-dessous des mamelles, aux aisselles, aux aines, à la partie supérieure des cuisses (*intertrigo*, Sauvages). Dans les mêmes circonstances, il survient aussi aux fesses et à la partie interne des cuisses, à la suite d'une *marche* ou d'une *équitation forcée*.

» Il peut encore être produit par l'action du *soleil* et du *froid*, le contact des *flueurs blanches*, du *flux gonorrhéique* et *dysentérique*, des urines et des matières *fécales*. Il survient quelquefois à la lèvre supérieure, déterminé par le contact du *fluide âcre* qui s'écoule des narines dans le *coryza*. »

L'érythème est souvent *symptomatique d'une autre affection*. On le voit fréquemment se développer chez les enfants, à l'époque de la *dentition*; chez les individus pléthoriques, et chez les femmes, lors des *évacuations menstruelles*, à l'*époque critique*. Il survient à la suite de l'*ingestion de substances irritantes*, et on l'observe quelquefois après l'*administration du baume de copahu*.

§ III. — Symptômes.

Il est rare de voir l'érythème précédé de symptômes généraux. Quand il en existe, ils consistent en un malaise général, une légère anorexie, un peu de lassitude.

Il est constitué par des *taches* d'une étendue très variable et irrégulières. Ces taches sont d'un *rouge* un peu vif ; elles sont très superficielles et *disparaissent sous la pression* du doigt, pour se reproduire immédiatement après.

La limite de ces taches est loin d'être aussi distincte que celle de l'érysipèle ; le plus souvent, au contraire, la rougeur érythémateuse se perd insensiblement vers les points de la peau qui ont conservé leur teinte normale.

Il y a, dans le point occupé par ces taches, une *chaleur* un peu plus vive que dans les points restés sains ; cela doit s'entendre surtout de la sensation éprouvée par le malade. La *douleur* est presque toujours très peu vive ; c'est un léger sentiment de *cuisson* qui par moments devient plus aigu. C'est surtout lorsque les parties sont exposées à une vive chaleur que la douleur augmente.

Il est rare que cette rougeur s'accompagne de *gonflement*. Lorsqu'il existe une tuméfaction, elle présente des caractères particuliers qui ont servi à diviser l'érythème en plusieurs variétés.

1° *Erythème papuleux*. —Cet érythème est constitué par des *plaques* d'une petite étendue, légèrement saillantes, semblables à des papules. Les plaques sont d'abord rouges, mais deviennent ensuite violacées, comme toutes les parties enflammées dans lesquelles l'inflammation se termine par résolution. Du reste, la tuméfaction qui constitue ces plaques ne tarde pas à diminuer, car il est rare qu'elle dure plus de deux jours, et l'érythème est réduit alors à la simple rougeur.

2° *Erythème tuberculeux* (*erythema tuberculatum* de Willan). — Cette variété ne diffère de la précédente que par la persistance des plaques. Elles deviennent plus saillantes, ce qui les a fait comparer aux tubercules de la peau.

3° *Erythème noueux*. — Cette variété, qui se montre principalement à la partie *antérieure* de la jambe et attaque surtout les enfants, les femmes, les sujets à con-

stitution molle, est beaucoup plus fréquemment que toutes les autres précédée de symptômes généraux (soif, anorexie, léger mouvement fébrile).

Les taches sont un peu élevées vers le centre, et leur largeur varie de 1 à 3 centimètres de diamètre. Ces taches deviennent, au bout de quelques jours, de véritables petites tumeurs d'un rouge un peu sombre et douloureuses. La teinte ne tarde pas à devenir bleuâtre, les petites tumeurs se ramollissent, et, au bout de dix à quinze jours, elles ont disparu.

[Cette variété, assez commune, est quelquefois caractérisée par des traits plus accentués, et a presque l'importance d'une petite maladie. Quelques troubles digestifs et un léger mouvement fébrile précèdent son apparition ; puis les malades ressentent des douleurs de courbature, et alors on voit apparaître sur les membres une éruption particulière et caractéristique. Cette éruption n'est pas seulement limitée aux jambes, comme le disent quelques auteurs ; nous l'avons constatée bien des fois aux bras, sur les parties latérales du tronc, et même à la face. Elle consiste en une rougeur légère, superficielle, généralement disposée par plaques arrondies, et qui recouvre diverses parties des membres. Les douleurs persistent pendant l'éruption, et affectent par leur mobilité une grande ressemblance avec le rhumatisme, d'où le nom d'*érythème rhumatismal* que l'on trouve dans les anciens auteurs. Dans ces cas elle a une durée qui peut s'étendre jusqu'à six semaines, deux mois, et il n'est pas rare de voir la maladie s'accompagner de troubles digestifs, tels que l'embarras gastrique et l'ictère.

M. le professeur Schœnlein, de Berlin, a décrit, sous le nom de *péliose rhumatismale*, une éruption qui, jusqu'à ce jour, aurait, selon lui, échappé à l'observation, et qui est caractérisée par de petites taches rouges, persistantes, ayant ordinairement leur siége autour des articulations des membres inférieurs, et s'accompagnant de douleurs dans les mêmes jointures, sans trouble appréciable de l'état général. MM. F. Duriau et Maximin Legrand (1) ont facilement démontré que cette affection n'est nullement inconnue, et qu'elle est identique avec l'éruption désignée depuis longtemps par les médecins français et anglais sous le nom d'*érythème noueux* ou *rhumatismal*. Nous n'avons donc pas à nous en occuper davantage.]

Telles sont les variétés principales de l'érythème ; on voit que les plus importantes sont : 1° celle dans laquelle l'érythème superficiel occupe une très grande surface ; 2° l'érythème noueux.

On a décrit sous le nom d'*intertrigo* l'érythème qui résulte d'un frottement de deux surfaces contiguës ; en pareil cas il existe parfois un suintement séro-purulent d'une odeur fade ; l'*érythème fugace* est celui qui se montre et disparaît promptement dans le cours d'un mouvement fébrile continu ou intermittent ; l'*érythème centrifuge*, variété rare décrite par Biett, est remarquable par l'élévation des plaques et leur rougeur au pourtour, et aussi par leur début, car elles commencent par un point papuleux qui prend un accroissement excentrique ; enfin quelquefois l'érythème laisse après lui une *légère desquamation*.

Le *diagnostic* de l'érythème n'est pas assez important pour que nous y insistions. Nous verrons, en effet, plus loin que l'*érysipèle*, l'*urticaire*, etc., diffèrent essentiellement de cette maladie, et il suffira de comparer les descriptions.

(1) *De la péliose rhumatismale* (*Revue médicale*, 1858).

Le *traitement* de cette affection est bien simple. Dans l'*érythème simple*, il suffit de quelques *lotions adoucissantes* et de *boissons rafraîchissantes*. S'il s'agit de l'intertrigo dû au frottement de deux surfaces contiguës, il faut, et c'est une pratique vulgaire, saupoudrer les parties avec une poudre absorbante, comme la *poudre de lycopode*, de *bois vermoulu*, d'*amidon*.

« Les érythèmes ou rougeurs morbides qui apparaissent souvent, dit M. Cazenave, chez les femmes, à l'époque critique, qui coïncident avec un retard ou une suppression du flux menstruel, réclament l'emploi des émissions sanguines, des délayants, un régime doux et des moyens applicables à un état pléthorique.

» L'érythème noueux ne réclame en général aucun moyen particulier, quoiqu'il constitue la variété la plus grave ; les topiques, d'abord adoucissants, et ensuite astringents, sont tout à fait inutiles : de légers *laxatifs*, et, dans quelques cas rares, de *légères émissions sanguines*, composent tout le traitement. Ajoutons toutefois qu'une précaution indispensable est le *repos absolu de la partie malade*. »

M. Wilson (1) a employé avec succès des applications de *collodion* sur les points malades dans des érythèmes chroniques de la face ; mais on se rappellera que ce moyen est très douloureux.

ARTICLE II.

ÉRYSIPÈLE.

Tous les auteurs ont consacré à l'érysipèle un article important. C'est, en effet, une maladie presque toujours sérieuse, parfois fort grave, et qui réclame un traitement assez actif.

De nombreuses divisions ont été proposées pour l'étude de l'érysipèle. Nous ne nous arrêterons pas à celles qu'on admettait dans les siècles derniers, parce que l'on confondait des affections diverses sous le nom d'*érysipèle*. Quant à celles qu'on a proposées plus récemment, il est facile de s'assurer qu'un bon nombre d'entre elles reposent sur des circonstances accessoires. Ainsi, quand on nous parle de l'*érysipèle gastrique*, de l'*érysipèle lymphatique*, *veineux*, etc., on s'attache évidemment à des particularités qu'il suffit de mentionner. Nous pensons donc, avec la plupart des auteurs français modernes, qu'il suffit de distinguer : 1° un *érysipèle simple*, ou *vrai* (Cazenave) ; 2° un *érysipèle phlegmoneux*. Quant à l'*érysipèle gangréneux*, il n'est pas très important de l'admettre, puisqu'il n'est autre chose que le résultat de la violence de l'inflammation, principalement dans les cas d'érysipèle phlegmoneux. A plus forte raison devons-nous négliger ici les variétés désignées sous le nom d'*érysipèle œdémateux*, *vésiculeux*, *bulleux*, car elles résultent de particularités peu importantes qu'il suffira de mentionner dans le cours de la description. Mais il est une forme à laquelle nous consacrerons quelques mots en particulier : c'est l'*érysipèle ambulant*. Cette forme, en effet, et les praticiens le savent bien, a, sous le rapport de la marche, de la durée, de la gravité de la maladie, la plus grande importance, et, à ces titres, elle mérite une mention toute particulière. Quant à l'*érysipèle compliqué*, il suffira d'indiquer dans le cours de cet article les complications qui ont été observées. Ainsi nous n'admettons comme

(1) *The Lancet*, et *Répert. de pharm.*, janvier 1849.

randes divisions que les suivantes : *érysipèle simple*, *érysipèle phlegmoneux*, rysipèle *ambulant*.

§ I. — Définition, synonymie.

L'*érysipèle* est l'inflammation de la peau (érysipèle simple), s'étendant parfois u tissu cellulaire sous-cutané (érysipèle phlegmoneux), partant ordinairement l'un point central pour s'étendre aux parties voisines (érysipèle fixe), parfois ram-ant, pour ainsi dire, sur la surface cutanée, en envahissant de proche en proche une grande étendue du corps (érysipèle ambulant). Cette simple définition suffit, et il est inutile d'y ajouter les principaux caractères symptomatiques de l'affection.

L'érysipèle a reçu un grand nombre de dénominations : ainsi on l'a appelé *ignis acer*, *febris erysipelatosa*, *rosa*, *feu Saint-Antoine*, *mal des ardents*, *feu sa-cré*, etc. Le nom d'*érysipèle* est aujourd'hui généralement employé.

L'érysipèle est une maladie assez fréquente ; nous verrons plus loin quelles sont les parties qui en sont le plus fréquemment atteintes, et quelles sont les formes qu'on observe le plus ordinairement.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous avons, sur les causes de l'érysipèle, quelques recherches importantes que nous allons mettre à profit.

Les renseignements que nous trouvons dans la science sur l'influence de l'*âge* sont assez vagues. Cependant on peut dire d'une manière générale que les diverses parties du corps ne sont pas également sujettes à l'érysipèle aux différents âges. Chez les nouveau-nés, l'érysipèle se montre principalement sur l'abdomen ; chez les adultes, à la face, et chez les vieillards, aux membres, et surtout aux membres inférieurs.

Sexe. — Les femmes sont un peu plus prédisposées à l'érysipèle que les hommes ; c'est ce qui résulte des relevés de MM. Louis, Chomel et Blache.

Tempérament, constitution. — Nous n'avons pas sur ce point de renseignements suffisants. On admet généralement que toutes les constitutions sont à peu près également sujettes à l'érysipèle, mais que si la constitution est robuste et le tempérament sanguin, l'érysipèle sera ordinairement inflammatoire ou phlegmoneux, tandis que, chez un sujet faible et lymphatique, il sera œdémateux, etc. Inutile de dire que ce sont là des indications vagues qui auraient bien besoin d'être précisées.

Climats, saisons. — C'est encore un point sur lequel nous n'avons pas de renseignements exacts. On pense que l'érysipèle est plus fréquent dans les climats chauds. Quant aux saisons, Chomel et M. Blache disent que le printemps et l'automne favorisent le développement de l'érysipèle.

L'*alimentation* excitante et l'*abus des boissons alcooliques* seraient, d'après quelques auteurs, des conditions favorables à la production de cette maladie ; mais rien n'est moins prouvé.

Constitution médicale. — Une multitude de faits nous apprennent qu'à certaines époques les érysipèles sont très fréquents. Alors la moindre lésion à l'enveloppe

cutanée devient la cause déterminante d'un érysipèle. C'est au point que les chirurgiens n'osent pas entreprendre la plus simple opération. Qu'y a-t-il dans l'état de l'atmosphère qui puisse rendre raison de cette fréquence extrême de l'érysipèle? C'est ce qui n'a pu être déterminé jusqu'à présent.

Hérédité. — On a rapporté des faits qui semblent prouver que, dans certaines familles, l'érysipèle se produit spontanément avec une grande facilité, et aussi sous l'influence de la cause la plus légère. Mais nous ne sommes pas encore bien fixés sur ce point. Ce qu'il y a de certain, c'est que quelques individus sont particulièrement disposés à l'érysipèle et en sont fréquemment atteints. On en voit qui, sans cause connue, ont, une ou deux fois par an, un érysipèle de la face.

État de santé.—L'état de santé des individus mérite une mention particulière, non-seulement parce que l'érysipèle se produit avec une grande facilité chez des sujets déjà plus ou moins gravement malades, mais encore parce que, lorsque la santé est altérée, l'érysipèle a une bien plus grande gravité. C'est ainsi que M. Louis a pu établir que l'érysipèle de la face, lorsqu'il survient chez un individu sain et robuste, se termine toujours par la guérison, tandis que, dans des conditions opposées, il peut occasionner la mort. On voit, dans des cas qui ne sont pas très rares, un érysipèle, et surtout un érysipèle ambulant, venir, vers la fin des maladies chroniques, hâter la mort des malades.

2° Causes occasionnelles.

Nous venons de voir combien est grande la part de la prédisposition dans la production de l'érysipèle ; elle est telle que, suivant plusieurs auteurs, l'action des causes extérieures ne suffit jamais pour produire cette maladie, et il est difficile de ne pas partager cette opinion, bien que, dans quelques cas exceptionnels, une irritation vive et prolongée de la peau ait paru déterminer par elle-même l'érysipèle.

Nous savons que certaines *lésions* sont favorables à la production de cette maladie : ainsi l'œdème, l'éléphantiasis des Arabes, les ulcères, les varices, etc. Certaines *opérations* paraissent devoir aussi, plus que les autres, être rangées parmi les causes déterminantes : ce sont principalement celles qui se pratiquent sur la face. On sait que l'érysipèle abdominal des nouveau-nés est souvent occasionné par l'*inflammation de la veine ombilicale*.

On a attribué la même influence à l'*alimentation* irritante ou à des *aliments particuliers*. On a cité des faits curieux dans lesquels, en effet, l'usage de certains aliments produisait l'érysipèle : mais ce sont là des résultats d'une idiosyncrasie qui ne doivent pas nous arrêter.

Les documents que nous possédons sur l'influence des *émotions morales* et des *impressions atmosphériques* sont peu précis. On a rapporté des cas dans lesquels ces causes se sont fait remarquer, mais ce sont des cas rares et peu importants pour nous.

Les *agents irritants* appliqués sur la peau, les *frictions*, les *coups*, les *plaies*, etc., sont assez souvent suivis d'érysipèle ; mais c'est surtout quand il s'agit de ces causes qu'il faut invoquer cette prédisposition dont il a été parlé plus haut. On voit certains individus chez lesquels il se produit un érysipèle à la suite d'une lésion qu'on a occasion d'observer des centaines de fois chez d'autres, sans qu'il survienne un semblable accident.

ious ne faisons qu'indiquer la *contagion* admise par quelques auteurs, mais s fondement; rappelons seulement que l'érysipèle se montre assez fréquemment s forme *épidémique*.

§ III. — Symptômes.

C'est surtout lorsqu'il s'agit de la description des symptômes qu'il importe de vre la division indiquée plus haut, et d'y ajouter quelques sous-divisions qui ne it pas sans importance : celles, en particulier, qui consistent dans l'étude des ers érysipèles considérés sous le rapport de leur siége. C'est ainsi que l'*érysipèle la face*, par exemple, présente, outre les symptômes communs à tous les érysiles, des particularités qui méritent de fixer notre attention.

1° *Érysipèle simple.*—L'érysipèle simple est celui que l'on doit étudier comme pe. Il est, en effet, facile d'ajouter ensuite à la description de l'inflammation rnée à la peau les autres lésions qui peuvent être considérées comme une extenon ou une complication de cette inflammation cutanée.

Début. — L'érysipèle débute tantôt par des symptômes locaux, et tantôt par des mptômes généraux plus ou moins intenses, qui peuvent durer pendant vingtuatre heures et plus. Dans le premier cas, c'est la rougeur et un sentiment de haleur douloureuse qui ouvrent la scène; dans le second, il y a des frissons, des orripilations, de la soif, de l'anorexie, une lassitude spontanée, l'accélération du ouls; en un mot, ces symptômes qui annoncent qu'une phlegmasie assez intense a se développer, sans qu'on puisse dire quel en sera le siége.

Nous verrons plus loin que les ganglions lymphatiques dans lesquels vont se endre les vaisseaux lymphatiques de la partie affectée présentent parfois une uméfaction douloureuse. Or, cette tuméfaction existe, dans quelques cas, avant ême l'apparition de la rougeur érysipélateuse : c'est ce qu'on observe, particulièrement dans les ganglions sous-maxillaires, chez les sujets affectés d'érysipèle de la face, et ce qui a permis à Chomel d'annoncer l'apparition d'un érysipèle facial, lors que rien, dans l'état de la peau de la face, ne pouvait le faire prévoir. Mais il ne faut pas croire que ce soit là un cas ordinaire, et c'est un point sur lequel nous reviendrons plus tard. On sait que pour M. Velpeau l'adénite sous-maxillaire ne précède pas un érysipèle qui va naître, mais indique que l'érysipèle est déjà né, mais invisible.

Symptômes. — La *douleur* consiste d'abord dans un sentiment de chaleur âcre, qui s'accompagne quelquefois d'un prurit désagréable. Bientôt les autres symptômes augmentant, cette chaleur devient brûlante; il y a un sentiment de cuisson accompagné de tension. Cette douleur est continue, mais souvent il survient des exacerbations, principalement le soir. Il suffit du plus léger contact pour l'exaspérer. Dans quelques cas, la douleur est médiocrement vive.

La *rougeur* varie du rose clair au rouge foncé : cette dernière coloration se remarque surtout à une époque assez avancée de la maladie.

Outre le sentiment de chaleur éprouvé par le malade, on constate une *augmentation de la calorification* dans les parties affectées; mais ces parties, examinées au thermomètre, ne donnent guère que deux ou trois degrés de plus que les parties saines, quoique le sentiment de chaleur paraisse indiquer une augmentation beaucoup plus grande.

La peau enflammée *se tuméfie.* Les parties sont gonflées, tendues, mais l'au mentation d'épaisseur de la peau est surtout remarquable aux limites de l'éry pèle. Là, en effet, la peau malade fait une saillie qu'il est facile de reconnaître passant le doigt des parties saines aux parties affectées. On sent un bourrelet m nifeste plus ou moins marqué suivant les cas. Cette exploration sert encore à fa reconnaître une augmentation de consistance dans la partie malade. La peau sai est douce et souple au toucher, la peau malade est résistante et un peu raboteu

Cette dernière sensation provient de l'augmentation de volume des papilles derme, qui forment à la surface du tégument de petites *granulations* visible l'œil nu, phénomène important à constater, et que l'on peut rapprocher des g nulations qui apparaissent sur la surface des muqueuses enflammées.

Outre cet épaississement de la peau, il y a ordinairement encore un état *tension* des tissus sous-jacents, qui est dû sans aucun doute à l'afflux des liqui vers les parties enflammées, et qui augmente le gonflement. Lorsque cet afflux liquides est plus considérable, il se produit un état œdémateux, remarquable su tout dans les points où le tissu cellulaire est lâche : aux paupières, par exemp C'est là proprement ce qu'on doit appeler *érysipèle œdémateux*, car l'érysip qui se manifeste sur une partie affectée d'œdème ne mérite réellement pas ce no

Du gonflement et de la douleur résulte nécessairement un embarras marq dans les fonctions des parties malades. Les *mouvements* sont difficiles et caus des souffrances plus ou moins vives ; les ouvertures s'obstruent : ainsi le pass de l'air est difficile dans les narines, les yeux sont fermés par suite de l'œdè des paupières, les membres se fléchissent difficilement, etc. En outre, les fon tions de la peau malade sont suspendues, et la transpiration ne peut plus s'ex cuter.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces phénomènes sont souvent i tenses. Ainsi on observe une augmentation considérable de la chaleur généra surtout la nuit. Le pouls est accéléré, plein et fort ; il peut présenter 120 puls tions par minute, et plus encore. Il y a de la céphalalgie, de l'anxiété ; de l'agi tion la nuit ; de l'insomnie, ou au contraire de la somnolence. L'anorexie e complète, et les malades ont parfois des nausées ou des vomissements. Du cô de l'abdomen, on ne constate rien de remarquable, si ce n'est une tendance à constipation.

Ces symptômes, du reste, varient beaucoup d'intensité ; c'est ce qu'il suffit mentionner. En outre, il faut remarquer que certains de ces phénomènes prése tent nécessairement diverses particularités, suivant le siége occupé par la maladi mais c'est un point sur lequel nous reviendrons en parlant des érysipèles de la fac de l'abdomen, etc.

Les symptômes généraux s'apaisent ordinairement un peu avant que les sy ptômes locaux paraissent diminuer d'intensité. La chaleur devient moins gran le pouls surtout perd de sa force et de sa fréquence, et le malade sent un mie général. Puis la rougeur prend une teinte brunâtre, le gonflement diminue, peau est moins tendue, un peu ridée, et il se produit une *desquamation* plus moins sensible. Ce sont, en effet, quelquefois de larges squames, d'autres fois u simple poussière blanche et sèche. On a parlé de *desquamation générale* du co *à la suite* d'un érysipèle borné à une partie limitée, mais ce sont là des cas tou

fait exceptionnels. Lorsque la desquamation est terminée, il reste, pendant un temps ordinairement assez long, une coloration rouge brunâtre des tissus affectés, qui ne se dissipe que peu à peu.

Telle est la description de l'érysipèle dans son état de simplicité. Mais, sans perdre ce caractère, cette maladie peut présenter quelques phénomènes accessoires dont on s'est généralement beaucoup trop occupé, et qu'il suffit de mentionner. Ainsi on voit parfois de véritables phlyctènes ou bulles se former sur la partie enflammée ; le liquide qu'elles contiennent se dessécher ou bien s'écouler par suite de la rupture de la bulle, des croûtes se produire : c'est là ce qu'on a appelé *érysipèle phlycténoïde*, *bulleux*, *croûteux*, *pemphigoïde*. D'autres fois il se forme des vésicules plus ou moins fines, qui, dans quelques cas, se remplissant d'un liquide purulent, ont la forme de véritables pustules. On a donné, en pareil cas, à l'érysipèle, les noms d'*érysipèle vésiculeux*, *eczémateux*, *pustuleux*, *miliaire*.

On sent que de pareilles particularités ne méritent pas de nous arrêter longtemps. Tout ce qu'il importe de dire, c'est qu'en général, lorsqu'elles se présentent, l'inflammation cutanée a une assez grande intensité, et les symptômes généraux sont plus violents que dans les cas où elles n'existent pas.

Il arrive quelquefois qu'à la suite de l'érysipèle il se forme, dans un ou plusieurs points des parties enflammées, des *abcès* généralement peu considérables, qu'on est obligé d'évacuer et qui retardent la guérison. La formation du pus est habituellement la conséquence d'une vive inflammation accompagnée de symptômes généraux intenses, et est ordinairement annoncée par une recrudescene des symptômes généraux et par des horripilations ; mais il n'est pas très rare de voir ces abcès se produire chez des sujets qui ont eu un mouvement fébrile peu prononcé, et chez lesquels le pus se forme sans réaction appréciable. Il est à peine nécessaire de faire remarquer le rapport qui existe entre cet érysipèle suivi d'abcès et l'érysipèle phlegmoneux dont on va parler.

2° *Erysipèle phlegmoneux*. — Nous ne nous étendrons pas longuement sur l'érysipèle phlegmoneux, qui intéresse beaucoup plus la pathologie externe que la pathologie interne, et nous ne mentionnerons que les particularités les plus remarquables.

Les *symptômes précurseurs* sont constants : ils sont de la même nature que les précédents, mais plus intenses. Le point qui doit être envahi par l'érysipèle est déjà le siége d'une tension et d'une pesanteur plus ou moins marquées.

La *rougeur*, au lieu de s'étendre en nappe, s'étend ordinairement en *stries*, remarquables surtout le long des vaisseaux lymphatiques. Les *ganglions* voisins sont fortement endommagés et douloureux. Le gonflement est plus considérable, la consistance des parties plus grande que dans l'érysipèle simple. La chaleur est plus intense, la douleur plus vive. Des *phlyctènes* se forment très souvent sur la surface malade.

Plus tard, la tuméfaction devient plus considérable, la consistance est pâteuse, et, plus tard encore, les tissus s'affaissent, la rougeur pâlit, et la douleur devient beaucoup plus faible : c'est que le pus commence à se former dans le tissu cellulaire.

A une époque plus avancée, la *fluctuation* devient manifeste, et on la reconnaît dans différents points séparés par des tissus encore endurcis. Puis le pus s'accumulant toujours, la peau se décolle, s'amincit ; des ouvertures s'y

[redacted]

produisent si l'instrument du chirurgien n'en a pas déjà pratiqué; il s'écoule une grande quantité de pus liquide, grisâtre ou brunâtre, fétide, entraînant souvent des lambeaux de tissu cellulaire gangrené.

Enfin de larges clapiers se forment; la peau décollée se plisse, se mortifie. Si le mal n'est pas assez considérable pour causer la mort, des portions de peau mortifiée se détachent; il en résulte des plaies plus ou moins étendues qui sont longues à se cicatriser; d'autres portions se recollent avec plus ou moins de lenteur, et il reste des cicatrices souvent irrégulières et profondes. Lorsque la maladie est assez intense pour causer la mort, la suppuration devient intarissable; il se forme parfois des *abcès métastatiques*.

Pendant que ces phénomènes locaux se manifestent, les *symptômes généraux*, dont l'intensité est toujours considérable, suivent différentes phases. Ainsi, avant que le pus soit formé, lorsque l'inflammation est dans toute sa violence, il y a un mouvement fébrile considérable : agitation, délire, chaleur brûlante, pouls très accéléré. Lorsque le pus se forme, on observe les phénomènes de la *suppuration* : frissons, horripilations, altération des traits, prostration des forces, pulsations dans les parties enflammées. Lorsque la suppuration est établie, et qu'elle est très abondante, on voit survenir des sueurs profuses, la diarrhée colliquative, les symptômes de la *fièvre hectique*. Enfin, dans certains cas, on observe les symptômes généraux de la *résorption purulente* (1).

La description qu'on vient de lire de l'érysipèle phlegmoneux serait assurément très incomplète, si, comme il est dit plus haut, nous n'avions pas voulu nous borner à indiquer les particularités les plus importantes; mais cette simple indication est suffisante pour nous. Recherchons maintenant ce qu'il importe de savoir relativement au siége de l'érysipèle, et, pour cela, étudions cette maladie dans les points où elle se présente avec quelques caractères remarquables.

a. Érysipèle de la face. — L'érysipèle de la face est celui qui non-seulement se montre le plus souvent à l'observation, mais encore se produit le plus fréquemment sans cause déterminante appréciable.

Il commence ordinairement par un des côtés du nez, puis gagne l'autre, envahit les joues, et se porte vers le cuir chevelu.

Les parties qu'il occupe étant presque toutes denses et serrées, la douleur est assez vive, à moins que l'inflammation ne soit très légère. Les paupières se gonflent beaucoup lorsque l'inflammation les atteint; l'*œil* est fermé, des larmes s'en écoulent. Parfois l'inflammation gagne le tissu cellulaire de l'orbite, et y produit des abcès.

L'*oreille*, ayant des tissus plus denses et plus serrés que les autres parties, devient très douloureuse; le conduit auditif est obstrué par le gonflement. Les lèvres se tuméfient et deviennent très épaisses; elles s'ouvrent avec peine, et il s'écoule par leur commissure une salive visqueuse. La douleur est également vive *au cuir chevelu*.

L'*état granulé de la peau* est remarquable dans le cas d'érysipèle de la face. Il en est de même de la desquamation qui survient lorsque l'inflammation s'est calmée.

(1) Voy. article *Phlébite*, t. III, p. 341 et suiv.

La *céphalalgie* est généralement grande, surtout lorsque l'inflammation atteint le cuir chevelu. On a attribué le délire à cette invasion du cuir chevelu par l'inflammation, et à la transmission de celle-ci aux membranes cérébrales ; mais rien ne prouve l'exactitude de ces idées théoriques : le délire est sous la dépendance de la violence de l'état fébrile. M. Piorry a attribué le délire à la transmission de l'inflammation au cerveau à travers les parties molles de l'orbite ; mais les faits prouvent qu'il est dans l'erreur. Sans doute il y a du délire lorsque l'inflammation s'enfonce profondément dans l'orbite ; mais c'est uniquement parce que cette inflammation est très violente, que les symptômes généraux sont très intenses, en un mot, parce que l'érysipèle est très grave, et non, comme le prétend ce médecin, parce que l'inflammation a pénétré jusqu'au nerf optique et au cerveau. Ce qui le prouve, c'est qu'on voit succomber des sujets avec un délire très intense, bien que le tissu cellulaire de l'orbite et l'encéphale soient dans un parfait état d'intégrité. C'est ce que nous avons constaté pour notre part, et ce que beaucoup d'autres médecins ont pu voir comme nous.

La *tuméfaction des ganglions sous-maxillaires* est un fait rare. Le plus souvent elle est sous la dépendance d'une *angine concomitante* (Gubler).

b. Erysipèle du cuir chevelu. — Il est rare que l'érysipèle commence spontanément, c'est-à-dire sans lésion déterminante, dans le cuir chevelu, et plus rare encore qu'il reste fixé dans cette partie. Cependant on peut observer des cas de ce genre. Chomel et M. Blache disent que l'un d'eux a eu quelques occasions d'en voir (1). Nous ne savons, sur ces cas, que ce qu'en ont dit les deux auteurs déjà cités, et qu'on peut résumer ainsi : Agitation, insomnie, délire passager, empâtement, œdème du cuir chevelu, rougeur presque nulle ; décubitus sur le dos impossible lorsque l'inflammation s'étend à l'occiput ; douleur très vive, exaspérée par le plus léger contact ; formation profonde du pus, décollement du péricrâne, carie, nécrose des os. Et, comme symptômes généraux ; fièvre intense, délire violent, coma, convulsions. Quand ces derniers symptômes se manifestent, il est survenu une *méningite*.

Après avoir indiqué les diverses variétés d'érysipèle suivant le siége de la maladie, il faut ajouter que l'inflammation franchit souvent les limites que nous venons de lui assigner, et gagne d'autres parties.

On a encore décrit l'*érysipèle du tronc*, l'*érysipèle des membres*, *des organes génitaux* ; mais ces diverses variétés n'offrent que des particularités d'une faible importance et qu'il est facile de se représenter.

Les auteurs ont également parlé de l'*érysipèle général*, qui n'a pas un plus grand intérêt, et dont il suffit de dire que sa gravité est très grande, parce que l'érysipèle est une maladie d'autant plus dangereuse, que son étendue est plus considérable.

c. Erysipèle ambulant. — Cet érysipèle n'a d'autre caractère particulier que celui de se porter successivement sur toutes les parties du corps ou sur un plus ou moins grand nombre. Il commence ordinairement par une partie du tronc ou par la nuque, puis se porte sur les épaules, sur la poitrine, les bras, les lombes, l'abdomen, les cuisses. Toutefois sa marche peut être très différente, car tout dépend

(1) *Dict. de méd.*, art. ÉRYSIPÈLE.

[redacted]

du point de départ; et, comme cet érysipèle peut être occasionné par une plaie, par l'application d'un vésicatoire, etc., l'inflammation, partant du point où existent ces lésions, s'étend de là aux autres parties, suivant une route diverse selon les cas.

d. Erysipèle des nouveau-nés. — Ce serait s'exposer à des longueurs inutiles que de décrire les formes que peut affecter l'érysipèle chez les enfants nouveau-nés. Nous pensons qu'il vaut mieux établir la distinction suivante : Les nouveau-nés peuvent offrir un érysipèle semblable à celui des adultes, et alors, soit que l'érysipèle occupe la face, ce qui est assez rare, soit qu'il occupe les membres ou le tronc, il ne présente rien de particulier, si ce n'est la plus grande gravité de la maladie, chez des êtres faibles et chétifs ; ou bien l'érysipèle se montre du côté de l'abdomen, et, en pareil cas, il a presque toujours son point de départ dans une inflammation de l'ombilic, ainsi que F. Hoffmann l'avait déjà signalé, et que M. Thore (1) l'a constaté récemment ; il se complique fréquemment de *péritonite*, suivant les recherches de ce dernier auteur, et il offre, par conséquent, des caractères particuliers assez importants.

Lorsque la maladie occupe le ventre, celui-ci est dur, très douloureux, les tissus ont augmenté de consistance dans une grande épaisseur. Nous avons vu plusieurs fois des signes semblables se montrer aux cuisses, à la région pubienne. Il serait superflu d'indiquer les symptômes de la péritonite concomitante.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'érysipèle est essentiellement aiguë ; on voit quelquefois, il est vrai, des sujets présenter une inflammation érysipélateuse, qui, pendant longtemps, ne disparaît pas, et offre de loin en loin des exacerbations ; mais ces cas sont rares, et parmi ceux qu'ont rapportés les auteurs, il en est un bon nombre qui n'appartiennent pas à la maladie qui nous occupe, mais bien à une autre affection cutanée. Quant à ceux où l'on voit un érysipèle survenir à des intervalles plus ou moins éloignés, la maladie ayant complétement cessé dans ces intervalles, c'est par un abus de mots que quelques médecins leur ont donné le nom d'*érysipèle chronique*, car il ne s'agit évidemment que de plusieurs attaques d'érysipèle aigu.

On voit quelquefois l'érysipèle se transporter d'un point à un autre plus ou moins éloigné, et de celui-ci à un autre encore. Cet érysipèle, auquel on a donné le nom d'*erratique*, est rare. Dans l'immense majorité des cas, l'érysipèle s'étend d'un point à un autre sans abandonner le premier ; il y parcourt, au contraire, ses périodes jusqu'à la desquamation ; puis, du point occupé en second lieu, il en gagne un troisième, et ainsi de suite ; de telle sorte qu'on voit aux limites de l'inflammation les tissus encore rouges, durs et douloureux, tandis qu'au centre ou à une extrémité la peau s'est ramollie, s'est ridée et s'est couverte d'une desquamation plus ou moins marquée. *Dans les cas d'érysipèle ambulant*, les parties primitivement atteintes peuvent avoir repris tous leurs caractères normaux, alors que l'inflammation est dans toute son intensité dans un autre point, et que la desquamation se fait dans les points intermédiaires.

(1) *Archives générales de médecine.*

Avec les auteurs modernes, nous pensons qu'on ne peut pas admettre l'*érysipèle intermittent*. Ceci nous conduit à dire quelques mots des *récidives*. On voit des individus très sujets à l'érysipèle ; or, chez eux, c'est presque constamment dans le même point que se produit la maladie, et principalement à la face. Il est remarquable que, dans ces cas, l'érysipèle se présente ordinairement avec un caractère de bénignité marqué.

La *durée* de l'érysipèle varie beaucoup suivant les diverses espèces et suivant l'état dans lequel se trouve le sujet. L'érysipèle de la face, comme cela résulte des relevés de M. Louis, parcourt ses périodes dans un septénaire environ, lorsqu'il survient chez un individu d'ailleurs sain. L'érysipèle des autres parties du corps est généralement plus long, parce qu'il parcourt de plus grandes surfaces. L'érysipèle ambulant se prolonge assez longtemps. Quant à l'érysipèle phlegmoneux, il y a, outre la période d'inflammation, celle de suppuration, qui peut se prolonger plusieurs semaines, et celle de cicatrisation, souvent fort longue.

Il n'est pas plus possible de déterminer d'une manière générale le mode de *terminaison* de l'érysipèle. Il varie suivant les cas et suivant la constitution médicale. Si l'érysipèle est simple, s'il survient hors de l'influence épidémique, s'il se manifeste chez un homme qui n'est ni dans le cours ni dans la convalescence d'une autre maladie, il se termine ordinairement par la guérison. Cela s'applique principalement à l'érysipèle de la face. Dans les conditions opposées, et surtout s'il s'agit de l'érysipèle phlegmoneux d'une assez grande étendue, la maladie se termine fréquemment par la mort. Les enfants et les individus très avancés en âge doivent être mis au même rang que les individus dont la constitution est affaiblie par une maladie ; leur état de débilité rend, en effet, chez eux, l'érysipèle, quel qu'il soit, fréquemment mortel.

Les *lésions anatomiques* qui appartiennent en propre à l'érysipèle ont été suffisamment indiquées dans la description des symptômes, et quant à celles qui sont dues à des complications, elles sont très variables et ne présentent rien de spécial.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Nous ne pensons pas qu'il faille entrer dans de grands détails sur le *diagnostic* de l'érysipèle. On s'est trop préoccupé de la possibilité des erreurs de diagnostic lorsqu'on a cherché à différencier cette maladie de l'*urticaire*, de la *rougeole*, de la *scarlatine*. La description de ces affections a fait voir combien les signes sont différents.

Il n'en est pas tout à fait de même de l'*érythème*, que quelques auteurs ont regardé, à tort, comme un premier degré de l'érysipèle, ou plutôt comme une espèce très simple d'érysipèle. L'absence de gonflement appréciable de la peau, et principalement des papilles ; la dissémination des plaques érythémateuses, leur prompte disparition, l'absence de la fièvre, dans beaucoup de cas, suffisent pour établir le diagnostic.

Quant à l'*érysipèle phlegmoneux*, il se distingue, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Velpeau, de la *phlébite* et de l'*inflammation* des vaisseaux lympha-

[redacted]

tiques, en ce qu'il ne suit pas le trajet de ces vaisseaux sous forme de lignes ou de rubans, et que la suppuration envahit de grandes surfaces.

Pronostic. — Le pronostic de l'érysipèle présente des considérations importantes, et sous ce point de vue encore il faut distinguer les cas. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, lorsque l'érysipèle est simple et qu'il survient chez un sujet jeune et sain, le pronostic est favorable, à moins de circonstances particulières. L'érysipèle phlegmoneux offre beaucoup de gravité, et cette gravité se mesure à son étendue, à l'existence de la résorption purulente, à l'abondance de la suppuration. L'érysipèle ambulant présente aussi d'assez grands dangers.

Si l'érysipèle survient chez un sujet déjà malade ou convalescent d'une maladie grave, le danger est grand. M. Louis (1), qui a étudié avec soin cette question, a vu un nombre considérable de malades succomber dans ces conditions, bien que l'érysipèle fût simple. M. Hervieux (2), s'étant occupé de la même question, est arrivé aux mêmes résultats. Toutefois il ne faut pas croire qu'en pareil cas l'érysipèle détermine toujours la mort par lui-même. Les auteurs que nous venons de citer ont, en effet, remarqué que les malades succombaient lorsque l'érysipèle était déjà arrivé à la desquamation depuis plusieurs jours. On peut admettre, avec M. Hervieux, que, dans ces circonstances, l'érysipèle est plutôt l'indice d'un état grave qu'une affection mortelle par elle-même ; mais on peut penser aussi que l'érysipèle a contribué à hâter la mort, car nous voyons certaines maladies, la variole par exemple, causer la mort des malades, alors même que la lésion locale a perdu toute son intensité ou a cessé. Quoi qu'il en soit, il est certain que l'érysipèle survenant chez un individu affecté d'une autre maladie a une gravité incomparablement plus grande que dans des conditions opposées. Nous avons vu plus haut qu'il était, toutes choses égales d'ailleurs, notablement plus grave chez les jeunes enfants et chez les vieillards.

§ VI. — Traitement.

Traitement de l'érysipèle simple. — Un assez grand nombre de moyens ont été proposés contre l'érysipèle. Un des principaux est la *saignée.* Il est peu de médecins qui se dispensent de pratiquer des émissions sanguines, et la plupart ont plus de confiance dans la saignée générale que dans la saignée locale.

Si d'abord nous examinons la *saignée employée avec modération*, nous trouvons un travail important de M. Louis (3), qui résout la question difficile de l'efficacité de cette saignée dans l'érysipèle. M. Louis, ayant examiné avec tout le soin qu'il a coutume d'apporter dans ses recherches l'action de la saignée dans trente-trois cas d'érysipèle de la face, a trouvé qu'elle est beaucoup plus faible qu'on ne le croit communément ; la durée de la maladie n'a été, en effet, diminuée que de trois quarts de jour. Si l'on a pu penser quelquefois que l'action de ce moyen est beaucoup plus grande, c'est qu'on l'a appliqué à une époque voisine du déclin de la maladie, et lorsqu'une amélioration évidente allait se manifester. Il ne faut pour-

(1) *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde.* Paris, 1841, 2 vol. in-8.

(2) *De l'érysipèle dans la convalescence ou la période ultime des maladies graves* (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1847).

(3) *Rech. sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires.* Paris, 1835. *in-8.*

t pas conclure de ces faits, comme on s'est hâté de le faire, que la saignée n'a :une utilité; la durée de la maladie ayant été diminuée, quelque faible que soit te diminution, on doit en tenir compte. Aussi M. Louis n'a-t-il pas dit qu'on ı regarder la saignée comme inutile, mais seulement que son utilité a des bornes oites. Cependant un bon nombre d'autres auteurs recommandables ont attribué ι saignées, et surtout aux saignées multipliées, un assez grand danger; nous cite-ıs parmi eux MM. Chomel et Blache, Andral, Bauquin (1), etc. Nous ne croyons ; que l'exactitude de cette dernière manière de voir soit mise hors de doute.

M. Bouillaud a appliqué à l'érysipèle sa formule des *saignées coup sur coup;* -elle plus efficace dans cette affection que les autres modes de traitement?

Quelques auteurs regardent l'application des *sangsues* dans un point plus ou ins rapproché du siége du mal comme un moyen plus efficace que la saignée iérale. Rien ne démontre qu'il en soit ainsi; dans quelques cas observés par Louis, l'érysipèle traité par les sangsues a eu une durée plus longue, ce qui ne ıt pas dire, sans doute, que les sangsues soient nuisibles, mais seulement qu'il ʂt pas probable qu'elles aient une efficacité notable. Broussais, regardant l'éry-èle comme ayant son point de départ dans une irritation de l'estomac, conseil-les *sangsues à l'épigastre;* ces idées ne peuvent plus avoir cours aujourd'hui.

Parmi les autres moyens qu'il reste à passer en revue, il en est qu'on admi-re à l'intérieur, et d'autres qu'on applique à l'extérieur.

° *Médication interne.*—Parfois on voit survenir dans le cours de l'érysipèle une namie profonde. En pareil cas, plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer mel et M. Blache (2), recommandent de suspendre les saignées et de recourir *toniques.* Cette conduite paraît sage; mais sur ce point, comme sur tous ceux restent à examiner, nous ne possédons pas de recherches bien faites, et sur-qui tiennent compte de la durée de la maladie. D'autres auteurs, tels que e, Cullen, Stoll, ont employé les toniques (quinquina, vin, etc.) dans presque les cas d'érysipèle; mais que peut-on conclure de faits incomplets ou de ıles assertions?

'omitifs.—Une des médications le plus fréquemment recommandées par les mé-ns et par les chirurgiens, est l'emploi des vomitifs. Desault (3), Autenrieth, le .eur Fischer (4), etc., préconisent ce moyen. On a expliqué l'efficacité des vo-fs par l'état bilieux dans lequel se trouvent les malades, et même on a décrit variété de l'érysipèle sous le nom d'*érysipèle bilieux.* Il est impossible de dire l est le degré d'utilité des vomitifs, car on n'a pas présenté en leur faveur le ıltat d'une analyse satisfaisante des faits. Leur action paraît si différente suivant on les applique au début ou à la fin de la maladie, qu'on aurait dû tenir grand ıpte de cette circonstance, et c'est ce qu'on n'a pas fait. Il est à désirer que e lacune soit comblée. Le *tartre stibié* à dose modérée ou *en lavage* est le vo-if le plus ordinairement prescrit.

Purgatifs. — Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des purgatifs, quel que

(1) *Ann. méd.-chir.*, 1827.
(2) *Dict. de méd.*, art. ÉRYSIPÈLE.
(3) *Œuvres chirurgicales*, t. II.
(4) *Rust's Magazine*, t. XVII.

soit celui qu'on administre; il est, par conséquent, inutile d'insister sur ce point.

L'*opium* a été prescrit par Reil (1) à la dose de 2 à 3 centigrammes toutes les quatre ou six heures, dans les cas de douleur très vive. Quelle influence cette médication a-t-elle sur la durée et sur l'issue de la maladie? C'est ce qu'il est impossible de dire.

M. Velpeau (2) dit s'être bien trouvé de pilules composées d'*opium*, de *nitrate de potasse* et de *camphre*, dans les cas où les symptômes généraux étaient graves, et où la maladie avait la forme ataxique.

Nous nous bornerons à mentionner quelques autres moyens employés à l'intérieur, tels que l'*huile de térébenthine*, employée par le docteur Harry-Cox (3), la poudre de *colchique d'automne* (4), l'*acétate d'ammoniaque* (Autenrieth), la *digitale* (5).

MM. Hamilton et Charles Bell (6) disent avoir employé depuis vingt-cinq ans, et avec un succès constant, un remède puissant pour combattre l'érysipèle dans toutes les variétés qu'il revêt, idiopathique, symptomatique, traumatique : c'est le *chlorhydrate de fer* sous forme d'*alcoolature* (alcoolé de fer chloruré), qu'on prépare en mélangeant une partie d'oxyde rouge de fer, 4 d'acide chlorhydrique et 6 d'alcool. La dose est de 15 à 20 gouttes toutes les deux heures; on peut l'augmenter toutes les fois que la phlogose est tenace, étendue et produit beaucoup de sécrétion. Ces médecins citent de nombreuses observations d'érysipèle dont la guérison a été plus ou moins rapide, mais toujours certaine.

Ce médicament, qui leur a été très utile chez les enfants nouveau-nés, se donne à la dose de 2 gouttes toutes les deux heures dans un peu d'eau sucrée. Il est évident qu'ils auraient dû tenir plus de compte qu'ils ne l'ont fait de la durée de la maladie.

Érysipèle des nouveau-nés. — *Belladone.* — M. le docteur Yvaren (7), d'Avignon, a rapporté un cas dans lequel un érysipèle fort grave, survenu chez un enfant de neuf jours, et compliqué d'endurcissement du tissu cellulaire sous-jacent, s'est terminé par la guérison, après avoir parcouru presque toute l'étendue du corps. La médication, qui a paru avoir de bons effets, est la suivante :

℞ Teint. alcool. de belladone. 1 goutte. | Eau sucrée............ 100 gram.

A prendre par cuillerées d'heure en heure.

Le septième jour, la dose fut portée à deux gouttes de teinture.

Nous citons ce fait pour qu'on puisse expérimenter de nouveau le traitement, car, isolé, il n'a qu'une valeur restreinte.

2° *Médication externe.* — La médication externe est beaucoup plus riche que la médication interne, mais les opinions sont encore plus divisées sur l'efficacité des moyens qui la constituent.

(1) *Fieberlehre*, t. II.
(2) *Lancette française*, 1831.
(3) *The London med. Rep.*, 1825.
(4) Bullock. *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, janvier 1835.
(5) Kopp, *Beobacht im Gebiete*, etc. Frankf., 1821.
(6) *Monthly Journal*, juin 1851, et *Union médicale*, 5 juillet 1851.
(7) *Revue méd.-chir.*, mai 1848.

Scarifications, piqûres. —Nous signalerons d'abord les *scarifications* sur la partie ffectée. Proposées par Hutchinson (1), elles ont été blâmées par d'autres, et sur-)ut par J. Frank, qui craint qu'elles ne produisent la gangrène. Stoll scarifiait : cuir chevelu dans les cas d'érysipèle de cette partie. Nous avons vu que souvent ı suppuration s'établit dans cette variété d'érysipèle, qu'on peut considérer alors omme un érysipèle phlegmoneux, et par conséquent il faut renvoyer nos réflexions ur ce point au moment où nous parlerons de l'érysipèle phlegmoneux.

Des *piqûres superficielles* pratiquées au nombre de vingt, trente, et même plus le cent, sont regardées comme très utiles par quelques médecins (Lassis, Bright, etc.). Après les avoir faites, on les lave avec de l'eau tiède pour faciliter l'écoulement du sang, et l'on renouvelle cette petite opération deux ou trois fois en vingt-quatre heures. Nous manquons des éléments nécessaires pour apprécier l'utilité ou les inconvénients de ces moyens.

Topiques. — Le nombre des topiques employés contre l'érysipèle est très considérable. On a recommandé les *fomentations émollientes*, les *cataplasmes de farine de graine de lin*, de *fécule de pomme de terre*, les *lotions calmantes ;* l'application de *farine sèche de froment*, de *seigle ;* les *onctions avec l'axonge* (F. Barthez, Martin-Solon) ; les *onctions mercurielles* (méthode mercurielle) ; les *compresses trempées dans l'eau froide ;* les *lotions d'alcool camphré étendu d'eau ;* le *camphre* recouvert de compresses humides ; l'*eau blanche* et d'autres *astringents*, etc.

Nous avons réuni à dessein ces médications dans ce passage, parce que la même réflexion s'applique à toutes : on n'a pas mis hors de doute, par une analyse de faits rigoureuse, leur degré d'efficacité. Et n'est-on pas autorisé à regarder comme peu fondés les éloges qu'on donne à ces moyens, lorsqu'on voit les plus opposés être également vantés, lorsqu'on voit des médecins proclamer comme très efficaces les émollients, tandis que d'autres préconisent les réfrigérants? Nous ne pouvons nous empêcher de le répéter ici, l'influence du médicament sur la durée de la maladie est la principale mesure de son action. Si l'on n'a pas convenablement recherché cette influence, on ne peut avoir que des présomptions, et les présomptions sont plus insuffisantes en thérapeutique qu'en toute autre matière.

Nous dirons seulement quelques mots sur trois ou quatre des moyens ci-dessus énumérés. L'emploi des *compresses froides* et des *astringents* (Reuss, Gouzée, Wilkinson) a quelques faits qui paraissent parler en sa faveur ; mais ces faits sont sujets à contestation, et beaucoup de médecins pensent qu'il y a un grand danger à traiter ainsi l'érysipèle, parce qu'on peut déplacer l'inflammation et la porter sur un organe important : sur les méninges, par exemple, dans l'érysipèle de la face et du cuir chevelu. Il faut reconnaître que ces craintes sont le résultat d'idées purement théoriques, et que si, dans quelques cas, il y a eu des accidents graves, rien ne prouve que ce soit au moyen employé qu'il faille les attribuer.

L'application du *camphre* a été recommandée par M. Gama et par M. Malgaigne (2). Il résulte des faits rapportés par ce dernier observateur que cette méthode n'a pas d'inconvénients réels ; mais, par les motifs indiqués plus haut, on n'en peut pas conclure qu'elle ait de grands avantages.

(1) *Med.-chir. Transactions*. London, 1814, t. V, p. 278.
(2) *Gazette médicale*, 1832.

Erysipèle des nouveau-nés.—M. Trousseau (1) a employé contre l'érysipèle d
nouveau-nés et des enfants à la mamelle le topique suivant :

℞ Éther.............. 60 gram.	Camphre................ 30 gram.

Étendez cette solution à l'aide d'un petit pinceau de charpie sur toute la surface érysi
lateuse.

C'est à l'observation ultérieure à nous apprendre l'efficacité réelle de ce moyen
Onguent mercuriel.—L'emploi de l'*onguent mercuriel*, en frictions ou en onctio
sur la surface malade, a été beaucoup plus préconisé encore : est-il mieux démo
tré qu'il a une action avantageuse? Personne n'a plus insisté sur son efficacité q
M. Ricord (2); mais si l'on examine avec quelque attention ce qu'il a écrit à
sujet, on voit qu'on ne peut arriver à aucune conclusion inattaquable. Citer d
faits dans lesquels on voit des érysipèles promptement guéris, ce n'est rien; to
les jours nous voyons la même chose presque sans aucun traitement. Il faut do
de toute nécessité, employer les moyens de démonstration mis en usage p
M. Louis, ce que M. Ricord, pas plus que les autres auteurs qui ont écrit sur
point de thérapeutique, n'a pas songé à faire. Ce dernier attribue les insuccès à
qu'on a employé de l'onguent mercuriel rance, à ce qu'on n'a pas persévéré da
le traitement. Ce que nous venons de dire nous dispense de discuter ces asse
tions. Ces réflexions prennent plus d'importance encore si l'on considère qu
suivant M. F. Barthez (3), il suffit de faire des *onctions avec un corps gras* po
produire de bons effets. Du reste, M. Ricord recommande exclusivement l
onctions faites de manière à recouvrir et à déborder même la surface érysipélateus
Il faut rapprocher de cette pratique l'usage des *lotions mercurielles* proposé
par le docteur Schott. Il les pratique ainsi qu'il suit :

℞ Eau................. 60 gram.	Deutochlorure de mercure. 0,05 gram.

Dissolvez. Pour une ou deux lotions dans les vingt-quatre heures.

Collodion. — Dans un cas observé dans le service de M. Briquet, on a appliqué
sur la surface d'un érysipèle occupant l'abdomen et survenu dans les circonstances
les plus fâcheuses, une *couche de collodion* sur toute la surface érysipélateuse.
L'érysipèle a été immédiatement arrêté dans sa marche. M. Aran a cité à la *So-
ciété médicale des hôpitaux* des cas semblables. M. Grisolle (4) a vu un érysi-
pèle commençant arrêté du jour au lendemain de la même manière, et nous avons
nous-même observé un cas où le collodion a procuré un soulagement immédiat,
et dans lequel l'érysipèle, qui semblait encore en voie d'augmentation, a cessé de
faire des progrès. Guersant (5) a obtenu chez un malade un bon résultat, en
unissant le collodion à l'huile de ricin qui le rend plus souple, plus élastique et plus
facile à se détacher par la simple application d'un cataplasme émollient.

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, février 1848.
(2) *Lancette française*, 1831.
(3) *Du traitement des érysipèles à l'aide des corps gras* (*Recueil de mém. de méd., de chir. et de pharm. militaires*, Paris, 1831, t. XXXIII).
(4) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 avril 1850.
(5) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 18 mars 1852.

Voici la formule de ce nouvel enduit :

℞ Collodion............ 30 gram. | Huile de ricin............ 2 gram.

Mêlez.

M. le docteur Piachaud (1), de Genève, dans un mémoire sur l'érysipèle, cite is cas où l'application de ce médicament a également été favorable. Enfin on t que M. Robert-Latour traite ainsi un grand nombre d'inflammations. Ces faits ivent engager les praticiens à répéter un traitement aussi simple.

Nous croyons devoir exclure le collodion dans les formes vésiculeuses et bulses, etc., c'est-à-dire toutes les fois que l'épiderme a disparu ou se déchire au oindre contact; dans ces cas on s'exposerait à faire naître des complications ales ou l'exacerbation des symptômes généraux.

Vésicatoire.—Le vésicatoire est recommandé par un très grand nombre d'auteurs, , il y a quelques années, Dupuytren en a beaucoup vanté l'emploi. Mais encore i nous nous trouvons arrêté dès les premiers pas. Les auteurs n'ont pas tenu mpte de la marche naturelle de la maladie, et dès lors pas de conclusion possie. Nous n'avons donc autre chose à faire qu'à mentionner des opinions. Faut-il nployer le vésicatoire dans tous les érysipèles, ou seulement dans l'érysipèle amlant? MM. Cazenave et Schedel pensent qu'on ne doit y avoir recours que dans dernier. Quant à nous, après avoir parcouru les faits et avoir vu le vésicatoire houer bien des fois, nous pensons que, même dans ce dernier cas, on ne peut corder une grande confiance à ce moyen. Toutefois, si l'on était tenté de l'emoyer, il est certain que c'est dans l'érysipèle ambulant qu'il paraît le mieux liqué.

Est-il nécessaire, après ce qu'on vient de dire, de rechercher, avec les auteurs, l vaut mieux appliquer des *vésicatoires volants* que des *vésicatoires à demeure*, réciproquement? s'il faut recouvrir toute la surface érysipélateuse, ou seuleent une partie? s'il faut établir la vésication non-seulement sur la peau enflammée, ais encore sur une partie de la peau saine? Évidemment non. Nous mentionnens seulement une manière particulière d'appliquer le vésicatoire, à laquelle . Piorry (2) attribue de nombreux succès. Il applique un vésicatoire long et roit, un *vésicatoire linéaire*, autour de la surface enflammée et à quelques cenmètres au delà des limites du mal; et, suivant lui, l'inflammation est arrêtée par tte vésication circulaire comme par une barrière infranchissable. Dans les faits tés par M. Piorry, on voit, en effet, l'inflammation rester en deçà de la vésicaon; mais il faut remarquer que les érysipèles dont il s'agit sont des érysipèles e cause externe, qu'ils ont déjà un certain nombre de jours de durée quand on plique le vésicatoire, et que rien ne prouve que l'inflammation n'eût acquis déjà étendue qu'elle devait avoir, lorsqu'on a eu recours à la vésication. Ce n'est u'en étudiant mieux les faits qu'on répondra à ces objections.

Cautère actuel.—Le cautère actuel, employé soit sous la forme de raies de feu lus ou moins nombreuses, soit sur une surface un peu large avec un cautère plat,

(1) *Archives générales de médecine*, septembre 1852.
(2) *Union médicale*, 1847.

[redacted]

a été surtout préconisé par Larrey (1) ; mais il se présente encore ici cette cause continuelle de doute qui nous force à tant de répétitions, et que nous retrouvons lorsqu'il s'agit d'apprécier les *frictions térébenthinées*, le *liniment de Kentisch* (2) composé d'*onguent basilicum* et d'*essence de térébenthine ;* les *sinapismes*, les *moxas*, les *caustiques.*

La cautérisation à l'aide du *nitrate d'argent* mérite seule de nous arrêter un instant. Ce moyen, mis en usage par le docteur Hibbington (3), et appliqué plus tard par M. Tanchou, consiste à toucher toute la surface de l'érysipèle, soit avec un crayon de *nitrate d'argent*, soit, ce qui est plus facile, avec une solution de ce sel. Après cette application, la surface malade pâlit ; mais quelle influence ce moyen a-t-il sur la guérison ?

Traitement de l'érysipèle phlegmoneux. — Un certain nombre de moyens employés contre l'érysipèle simple conviennent dans l'érysipèle phlegmoneux, et doivent être employés avec plus d'énergie. Ce sont les *émissions sanguines* générales et locales, les applications émollientes, les bains. Mais il est évident que tous les topiques irritants (vésicatoires, sinapismes, cautérisations), qui n'agissent que sur la partie la plus superficielle du derme, n'auraient ici qu'un résultat fort incertain ; car la maladie s'étend profondément au tissu cellulaire. C'est du moins ce qui résulte de l'expérience de Dupuytren. M. Patissier, au contraire, dit avoir vu traités avec un succès complet, par le vésicatoire, plus de quarante érysipèles phlegmoneux ; mais aucun autre chirurgien n'a obtenu de pareils effets.

Si l'érysipèle phlegmoneux n'est pas parvenu à la période de suppuration, on cherche, après avoir essayé de modérer l'inflammation par des émissions sanguines abondantes, à la faire avorter, soit par des *incisions*, soit par la *compression.*

Les *incisions* doivent être assez nombreuses pour qu'une suppuration s'établissant par les ouvertures qu'elles produisent, le pus ne puisse pas se rassembler en foyer, ou même pour que l'écoulement considérable de sang auquel donnent lieu les incisions prévienne toute suppuration due à l'inflammation qu'on veut combattre. A-t-on souvent atteint ce but ? C'est ce dont il est bien permis de douter. Plusieurs auteurs ont attribué à cette pratique la gangrène des tissus, survenue dans quelques cas.

La *compression* est un moyen qui paraît plus utile, et en faveur duquel on a rapporté des cas intéressants. Pour la pratiquer, on se sert, soit d'un bandage ordinaire, soit d'un bandage amidonné. Il faut, d'une part, que cette compression ne soit pas exercée trop fortement ; et, de l'autre, qu'elle soit suffisante. On comprend facilement les inconvénients qu'aurait l'un ou l'autre excès.

Quand la suppuration est établie, le traitement est tout à fait chirurgical.

Il nous suffit d'ajouter que, comme dans les cas d'érysipèle simple, on a recours à une médication interne plus ou moins énergique, et qui n'est pas essentiellement différente. Cette médication interne n'a, du reste, qu'un faible degré d'importance.

Traitement des espèces et des variétés. — Nous n'avons rien à ajouter relative-

(1) *Clinique chirurgicale*, t. I.
(2) *American med. and surg. Journal*, 1823.
(3) *Voy. Journal des progrès*, 1827.

ysipèle de la face, si ce n'est que c'est celui qu'on a regardé le plus nme de nature bilieuse, et que, par conséquent, on a le plus fréquem- è par les vomitifs.

rysipèle du cuir chevelu, l'accumulation rapide du pus sous l'aponé- difficulté que ce liquide trouve à s'échapper exigent des scarifications t profondes.

èle des membres est celui qu'il est le plus facile de circonscrire par le linéaire ou la cautérisation circulaire avec le nitrate d'argent.

commandé, contre l'*érysipèle des nouveau-nés*, l'*oxymel scillitique* quer le vomissement (1). Le docteur Œsterleben a prescrit, dans un *fate de quinine*, à la dose de 0,015 gram., trois fois par jour, concur- ıvec le *mercure gommeux de Plenck :* l'enfant a guéri. Le docteur donné le *sulfate de quinine* à la dose de 0,025 gram.; il en vante les mais sans fournir de preuves convaincantes.

ent prophylactique.— Il y a peu de chose à dire sur le traitement pro- . Maintenir les plaies à l'abri de toute irritation, éviter, autant que pos- atiquer des opérations pendant les épidémies d'érysipèle, et, si l'on y edoubler de soins : telles sont les précautions à prendre. C'est aux sujets quemment des érysipèles, à rechercher à quelles causes ils peuvent les our s'en garantir.

—Avec les documents que nous ont fournis les auteurs, il est impossible ner l'efficacité des différents remèdes employés; tout ce que nous savons it, c'est que, dans l'érysipèle de la face, la saignée modérée a une in- la durée de la maladie, mais une influence très limitée. Quant aux ens, ceux qui ont été le plus vivement recommandés sont le vésica- mpression, les incisions, le camphre à l'extérieur, les onctions mercu- collodion. Ce sont ceux qu'on devra essayer les premiers, si la marche ie ne paraît pas favorable.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

ment de l'érysipèle simple : Émissions sanguines générales et locales; ırgatifs; toniques; digitale, belladone; camphre; topiques émollients, , astringents; camphre à l'extérieur; collodion; onctions mercurielles, curielles; vésicatoire, cautère actuel, sinapismes, moxa, caustiques; è à l'extérieur; cautérisation avec le nitrate d'argent.

ment de l'érysipèle phlegmoneux : Beaucoup des moyens précédents *anguines, vésicatoires*, etc.); incisions, compression; évacuer la sup- c.

ment des espèces et des variétés. Dans l'*érysipèle de la face*, vomitif ıt administré; dans l'*érysipèle du cuir chevelu*, incisions promptes; *pèle des membres*, vésicatoire linéaire, cautérisation circulaire au delà

Handb. der Kinderkrankh. Leipzig, 1826.
ndon med. Reposit., 1824.

[redacted]

des parties enflammées ; dans l'*érysipèle des nouveau-nés*, préparations mercurielles peu actives ; sulfate de quinine.

4° *Traitement prophylactique.*

ARTICLE III.

URTICAIRE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*urticaire* est un exanthème caractérisé par des plaques saillantes, sans form déterminée, plus rouges ou plus blanches que la peau saine, fugaces, et causant un démangeaison incommode.

Cette affection a reçu les noms de *aspritudo* (Celse), *sora* (les Arabes), *porcel lana*, *febris urticata*, *cnidosis* (Alibert). C'est une des maladies de la peau qu'o a le plus fréquemment occasion d'observer.

§ II. — Causes.

« Attaquant, disent MM. Cazenave et Schedel (1), tous les *âges*, les deux *sexes*, se manifestant dans toutes les *saisons*, l'urticaire affecte cependant plus particulièrement les *enfants*, les *jeunes gens* et les *femmes*, les individus d'un *tempérament nerveux*. Enfin, il y a des personnes dont la peau fine et délicate y est tellement prédisposée, qu'il suffit de la moindre *pression*, du moindre *frottement*, pour déterminer de larges plaques d'urticaire, semblables à celles qui résultent de la flagellation. On l'observe plus fréquemment au *printemps*, et dans l'*été*, où quelquefois elle semble être *épidémique*.

» Cependant, suivant la remarque de J. Frank, il arrive quelquefois qu'elle se développe sous l'influence du *froid*, pour disparaître, au contraire, sous celle de la chaleur.

» L'urticaire peut aussi être produite par l'action de *causes directes* appréciables. C'est ainsi qu'elle est déterminée par les feuilles de l'*urtica dioica*, par le contact de certaines chenilles, etc. Dans ces cas, l'éruption, plus ou moins locale, est le plus souvent éphémère et de courte durée. »

Les autres causes sont : la *dentition*, les *émotions morales*, les *excès* ; l'ingestion de *certains aliments*, tels que la *viande de porc*, les *champignons*, les *amandes*, le *miels*, les *concombres*, et surtout les *moules*, les *écrevisses*, les œufs de certains poissons. Pour l'action de ces dernières substances on admet généralement une prédisposition, ainsi que pour celle de certains médicaments. En effet, on voit des sujets qui, par une idiosyncrasie particulière, sont atteints d'urticaire chaque fois qu'ils font usage d'une de ces substances.

On voit aussi l'urticaire survenir dans certaines affections aiguës, et surtout dans le cours de la *fièvre intermittente* et du *rhumatisme articulaire aigu*.

(1) *Traité des maladies de la peau.*

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes de l'urticaire, on a admis diverses espèces distinctes. Les principales sont : l'*urticaire fébrile*, l'*urticaria evanida*, l'*urticaria tuberosa*.

1° *Urticaire fébrile.* — Elle s'annonce par des symptômes fébriles d'une intensité variable et de plus ou moins longue durée (quelques heures ou quelques jours). Ces symptômes consistent dans un malaise général, des horripilations, des frissons, de la céphalalgie, des douleurs épigastriques, des nausées, des lipothymies.

Au bout d'un temps variable, il survient un *prurit* incommode et souvent insupportable ; une chaleur plus ou moins vive par tout le corps, et bientôt on voit apparaître sur une partie du corps plus ou moins étendue, et principalement sur les épaules, les lombes, les cuisses, des *élévations* tantôt roses, tantôt d'un rouge assez foncé ou d'un rouge vif, tantôt pâles, comme si elles étaient constituées par une suffusion séreuse du derme, tantôt enfin pâles dans leur centre, et plus ou moins rouges à leur pourtour.

Leur forme est variable, circulaire, ovale, irrégulière ; leur étendue très diverse ; leurs bords sont durs. Leur nombre est également très variable, car tantôt on n'en voit qu'un petit nombre assez distinctes les unes des autres ; tantôt, au contraire, elles sont confluentes, et, dans ce dernier cas, elles couvrent assez souvent tout le corps. Koch (1) affirme qu'il en a vu jusque dans la bouche.

Un *prurit* souvent insupportable, augmentant par la chaleur du lit et aussi par les frottements exercés par le malade, est un phénomène constant.

Ordinairement les plaques, considérées individuellement, n'ont qu'une courte durée ; cette durée peut n'être que de quelques minutes ou d'une ou plusieurs heures. Quelquefois cependant elles se montrent pendant un et même plusieurs jours ; mais ces derniers cas sont très rares. Il en résulte que l'éruption consiste en une apparition plus ou moins rapide de plaques, se montrant çà et là, et disparaissant pour être remplacées par d'autres. Il est même assez commun de voir l'éruption diminuer très notablement, disparaître presque complétement pendant plusieurs heures pour se reproduire de nouveau.

Parfois la disparition, le retour des plaques sont périodiques ; l'urticaire est alors *intermittente* ; et ce qui prouve qu'elle est de la nature des fièvres de ce nom, c'est qu'elle cède promptement au fébrifuge. D'autres fois, comme nous l'avons dit plus haut, elle accompagne tout simplement une fièvre intermittente, et cède avec elle au sulfate de quinine.

De la présence des plaques sur divers points du corps il résulte un *gonflement* des tissus, avec gêne des mouvements. Ainsi les lèvres, les paupières s'épaississent et s'ouvrent plus difficilement. Les articulations sont un peu tuméfiées et roides. Parfois l'*érythème* se joint à l'urticaire ; en pareil cas, le gonflement et la roideur sont plus considérables, et la maladie se termine par une desquamation qui n'appartient nullement à l'urticaire.

Les *symptômes généraux* ont une intensité des plus variables. Quelquefois la

(1) *Progr. de febr. urtic.* Leipzig, 1792.

[redacted]

fièvre est intense le premier et le second jour ; il y a une vive agitation et m
du délire. Bien plus souvent, le mouvement fébrile est très modéré.

L'*appétit* est généralement perdu au début ; mais il est rare qu'il y ait des s
ptômes un peu notables du côté des organes digestifs, à moins qu'il ne s'agiss
ces cas où la maladie est causée par l'ingestion des substances alimentaires ou
dicamenteuses mentionnées plus haut. Alors on observe quelquefois des vom
ments, avec diarrhée plus ou moins abondante, des coliques. Ces symptômes
raissent être ceux d'une simple indigestion ; mais quelquefois ils sont si viol
qu'on est en droit de supposer un *empoisonnement* par une substance âcre.

Après des apparitions plus ou moins nombreuses, les plaques de l'urticaire
paraissent *sans laisser aucune trace.*

2° *Urticaria evanida.* — Cette variété est particulièrement remarquable pa
marche, qui est *chronique ;* mais elle a aussi quelque chose de particulier sou
rapport de l'éruption. Les plaques, ordinairement irrégulières et allongées, ress
blent aux marques d'une flagellation récente. Elles se montrent pendant quel
heures, puis disparaissent, pour se reproduire une ou plusieurs fois dans les vi
quatre heures.

3° *Urticaria tuberosa.* — L'*urticaria tuberosa* est la plus grave de tou
L'éruption est constituée non plus par de simples plaques superficielles, mais
des espèces de nodosités pénétrant assez profondément dans le derme, et occasi
nant dans les parties une tension et une gêne considérables.

Dans cette variété, les *symptômes généraux* sont ordinairement intenses ; l'éru
tion se produit habituellement le soir, et le lendemain il reste un abattem
notable. Dans quelques cas, on a vu, au lieu de simples indurations, se produ
des ecchymoses, des ruptures, un gonflement énorme, avec suffocation, agitatio
gêne extrême des mouvements ; mais ces cas sont exceptionnels.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de l'*urticaire fébrile* est rapide. Il y a plusieurs éruptions ; m
elles ne sont pas interrompues par des intervalles aussi tranchés que dans les aut
variétés, à moins que la maladie ne complique une fièvre intermittente. La du
de cette espèce est d'un septénaire environ. L'*urticaria evanida*, dont la marc
est chronique, ainsi que je l'ai dit plus haut, a ordinairement une durée de de
mois ; elle peut durer beaucoup plus longtemps ; et l'*urticaria tuberosa* persi
quelquefois pendant des années. Il est au moins excessivement rare que l'urtica
se termine par la mort. Les auteurs qui se sont occupés des maladies de
peau ont admis la possibilité de cette terminaison, mais on n'en a pas c
d'exemple.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

« Dans le *lichen urticans*, qui pourrait, dit M. Cazenave, en imposer pour qu
ques cas d'urticaire, les papules sont arrondies, bien moins étendues, moins s
lantes ; leur teinte est plus foncée ; elles sont plus résistantes sous le doigt ; e
ne disparaissent jamais spontanément, et enfin elles présentent toujours, aux
virons, les éléments propres du lichen : de véritables papules, qu'il suffit d'av

ues une seule fois, pour ne jamais les confondre avec les plaques de l'urticaire.

« L'*urticaria tuberosa* pourrait, dans quelques circonstances, être confondue vec l'*erythema nodosum*. La marche aiguë, continue et persistante de l'érythème uffira, dans tous les cas, pour le séparer de cette variété grave de l'urticaire, qui e présente avec des caractères tout à fait opposés. »

Il est évident, d'après ce que nous avons dit plus haut que le *pronostic* de l'urti-aire n'est pas grave. L'*urticaria tuberosa* constitue seule une maladie sérieuse.

§ VI. — Traitement.

Il nous suffira de présenter le passage suivant de M. Cazenave, qui indique très ien au médecin la conduite qu'il doit tenir dans les différents cas; mais nous si-nalerons auparavant l'utilité des *émissions sanguines*, et principalement de la aignée générale, lorsque la fièvre est intense et l'agitation grande. Toujours, en areil cas, la saignée apporte du jour au lendemain un calme remarquable, et ne roduit jamais le moindre accident.

« L'urticaire, dit M. Cazenave, qui est le résultat de causes directes, ne réclame, e plus souvent, aucun traitement. Des *applications locales acidulées*, un *bain* iède ou deux, des *limonades légères*, seraient les seuls moyens à employer, si 'éruption ne disparaissait pas promptement. Des *lotions* avec l'*acétate de plomb iquide* étendu d'eau, avec une dissolution de *sous-carbonate de potasse*, ou même es *bains entiers, rendus alcalins par l'addition de ce sel*, sont quelquefois né-essaires pour calmer les démangeaisons très vives, surtout lorsque l'éruption a té produite par le contact de certaines chenilles.

» L'*urticaire fébrile simple* cède facilement à un *régime sévère*, à des *boissons afraîchissantes* et à quelques *bains tièdes*. De *légers purgatifs* sont souvent tiles. Mais lorsqu'elle est le résultat de l'ingestion de certains aliments, il faut se âter de *provoquer le vomissement*, s'il n'a pas déjà eu lieu. On donnera ensuite ne *boisson fortement acidulée* (eau d'orge avec 1 ou 2 grammes d'acide sulfu-ique médicinal par pinte), ou bien de l'eau sucrée, et, *chaque demi-heure, de rente à quarante gouttes d'éther* sur un morceau de sucre. »

M. Stanislas Martin (1) avance qu'une cuillerée à bouche d'*alcoolat de mélisse* issipe presque instantanément le ballonnement du ventre, les envies de vomir et s démangeaisons de la peau, *lorsque l'urticaire est produite par des aliments rritants, et surtout par les moules.*

« L'*urticaire chronique*, ajoute M. Cazenave, est bien plus difficile à guérir; on evra surtout alors insister sur le *régime*, en ayant soin de supprimer tout ce qui araît exercer quelque influence sur le développement de l'éruption. Dans quelques as, il est bon de *changer entièrement les habitudes du malade*. Des *émissions nguines générales*, ou l'application de *quelques sangsues à l'anus*, pourraient tre fort utiles chez les jeunes gens pléthoriques et chez les femmes mal réglées. es bains tièdes simples, quand la maladie dure trop longtemps, produisent un ré-ultat moins avantageux que les *bains alcalins* et les *bains de vapeur*, ou même s *douches de vapeur*, quand l'éruption affecte un siége de prédilection. Des *bois-*

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, mai 1850, p. 410.

[redacted]

sons acidulées, de *légers laxatifs*, sont les moyens qu'il convient le mieux, dans la plupart des cas, d'adjoindre aux précédents. »

Dans un cas très rebelle, où un grand nombre de médications avaient été employées en vain, M. le docteur Fabre (1) conseilla au malade de s'envelopper quelque temps avant la période d'exacerbation, dans un *drap mouillé* qu'il renouvelait au besoin s'il s'échauffait trop vite. Après trois semaines de ce traitement, l'exanthème avait disparu.

M. le docteur Marrotte (2) a obtenu la guérison d'une urticaire chronique, qui avait résisté pendant plus de six mois à des médications diverses, à l'aide de pilules contenant 0,05 gram. d'extrait d'*aconit*, à la dose de deux par jour d'abord, et portées rapidement jusqu'à douze. En trois semaines la guérison fut complète.

« Lorsque l'urticaire, dit M. Cazenave, accompagne une fièvre intermittente, il faut combattre cette dernière affection par une médication convenable. C'est ainsi que l'on obtient quelquefois beaucoup de succès du *sulfate de quinine* ; les accès fébriles cessent, et le plus souvent avec eux disparaît l'éruption. Enfin, si le *quinquina avait échoué* et si l'urticaire intermittente se présentait avec les symptômes graves dont nous avons parlé, nous avons vu plus haut qu'on pourrait avoir recours à la *solution de Fowler* avec des chances de succès. »

CHAPITRE II.

AFFECTIONS VÉSICULEUSES DE LA PEAU.

Les vésicules sont constituées par de petits amas de sérosité en forme de gouttelettes qui soulèvent l'épiderme. La sérosité est d'abord transparente ; elle peut devenir louche, séro-purulente, et, lorsque la vésicule s'est rompue, la maladie prend un autre aspect qui sera décrit dans chaque espèce.

Les espèces dont nous allons nous occuper dans ce chapitre sont l'*eczéma*, l'*herpès* et la *gale*. On a voulu y joindre les sudamina, l'hydrargyrie et la syphilide vésiculeuse. Mais les sudamina ne sont qu'un épiphénomène d'autres maladies; l'hydrargyrie est une affection sur la nature de laquelle on n'est pas d'accord, et dont il suffira de dire un mot à propos des causes de l'eczéma ; et quant à la syphilide vésiculeuse, sa place lui est assignée parmi les autres syphilides.

ARTICLE Ier.

ECZÉMA.

L'eczéma est une maladie de la peau dont l'étude intéresse particulièrement le praticien ; elle est extrêmement commune, souvent difficile à guérir, et elle pré-

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Roulers*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 16 mai 1851.
(2) *Ann. de thérap.*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, août 1847.

la plupart de ces formes diverses confondues autrefois sous le nom de
'es.

ns la description de l'eczéma, nous suivrons l'exemple de Biett (1), qui divise
affection en *aiguë* et en *chronique*, et à ces deux formes nous rattacherons
jues *variétés* bien tranchées, ainsi que les espèces établies d'après le siége
peut affecter l'éruption.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

eczéma est une affection de la peau, caractérisée par une éruption de vésicules
iairement aplaties, très nombreuses, agglomérées, se développant sur des sur-
irrégulières, éruption qui est suivie quelquefois d'un suintement plus ou
s abondant de sérosité, et accompagnée d'excoriations, de squames; dans
jues cas même, de croûtes légères.

dénomination d'*eczéma*, donnée par Willan au groupe d'affections vésicu-
s que nous allons décrire, a été conservée par les auteurs modernes : Bate-
Biett, MM. Rayer, Cazenave, ont adopté l'expression du pathologiste anglais.
:éma est la *dartre squameuse*, la *dermatose eczémateuse* d'Alibert, la *dartre*
humide de Sauvages, etc. A l'occasion du siége de l'eczéma, nous ferons con-
e les autres dénominations que lui ont données les auteurs.

fréquence de cette maladie est très grande. Dans un relevé fait par M. le
:ur Marcel, qui nous l'a communiqué, sur un total de 460 malades entrés,
une période de neuf mois, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. De-
e, l'eczéma compte pour un tiers. Ce résultat peut donner une idée de la
ence de cette affection.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

eczéma se montre à tout *âge*. C'est à l'époque de la première et de la deuxième
tion, dit M. Rayer (2), que les enfants en sont spécialement atteints. L'âge
jue chez les *femmes* paraît prédisposer à cette affection. Les adultes en sont
souvent affectés que les vieillards, et les individus à peau fine et délicate y sont
culièrement sujets.

se développe plus fréquemment dans les *saisons chaudes* de l'année. Nulle
titution, nul *tempérament* n'en paraît exempt.

2° Causes occasionnelles.

'eczéma peut survenir à la suite de toutes les influences irritantes, agissant
rieurement. Quand il se développe sous l'action des rayons solaires, il constitue
ema solare de Willan.

'emploi des *pommades irritantes*, des frictions alcalines, des frictions avec
ile de laurier ou de croton tiglium, en est une cause fréquente. La maladie

) *Dictionnaire de médecine*, t. XI, art. ECZÉMA.
) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, 2e édit., t. I, p. 400.

admise sous le nom d'*hydrargyrie* n'est, selon M. Cazenave (1), qu'une éruption vésiculeuse simple, développée sous l'influence des frictions mercurielles. Cette opinion nous paraît devoir être partagée, et c'est pourquoi nous n'avons pas assigné à cette affection une place à part dans ce chapitre.

On rencontre fréquemment l'eczéma chez les individus qui, par état, manient habituellement des *substances âcres*, pulvérulentes ; il est commun chez les affineurs de métaux, les broyeurs de couleurs, les épiciers, les boulangers, les individus qui ont fréquemment les mains dans l'eau chargée de matières irritantes.

L'eczéma peut naître sous l'influence d'une *émotion morale* vive : à la suite d'un accès de frayeur, de colère. Cet effet est produit surtout chez les femmes à l'époque des couches, de l'allaitement et de l'âge critique.

On a vu, dans un certain nombre de cas, l'eczéma apparaître exclusivement pendant la *grossesse*, et disparaître après l'accouchement ; d'autres fois l'éruption cutanée était évidemment sous la dépendance de troubles fonctionnels, ayant leur siége soit dans les voies digestives, soit dans le système nerveux. L'eczéma *n'est pas contagieux*.

Tel est l'exposé sommaire des causes de cette affection, et il faut ajouter que bien souvent elle apparaît sans qu'il soit possible de lui en reconnaître aucune.

§ III. — Symptômes.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous diviserons l'eczéma en *aigu* et en *chronique*.

1° *Eczéma aigu*. — L'eczéma aigu présente lui-même trois variétés principales, qui sont : l'*eczéma simple*, l'*eczema rubrum* et l'*eczema impetiginodes* : nous allons les étudier successivement.

a. Eczéma simple. — A son état le plus simple, il n'est ni précédé ni accompagné de symptômes généraux un peu marqués. Dans une étendue peu considérable de la peau, un léger sentiment de fourmillement annonce le développement de *vésicules* ; celles-ci apparaissent très petites, le plus souvent visibles seulement à la loupe, sans aréole inflammatoire, répandues sur des surfaces qui ont conservé leur couleur naturelle ; elles sont pleines d'une *sérosité* limpide, d'un aspect brillant.

Après un jour ou deux, le liquide se trouble, prend une teinte laiteuse ; alors, ou il est résorbé, ou il s'épanche par la rupture de la vésicule. Dans le premier cas, la vésicule se flétrit et disparaît en donnant lieu à une *légère desquamation* ; dans le second, le liquide se concrète en un petit disque squameux qui tombe très rapidement.

Un léger *prurit* accompagne cette éruption, qui dure sept ou huit jours et se dissipe sans laisser de traces. Elle peut durer un peu plus longtemps, et alors elle consiste en de petites éruptions partielles et successives, qui toutes présentent les mêmes caractères de bénignité.

L'éruption occupe généralement un *siége limité* ; quelquefois elle est très étendue, et peut alors, surtout quand l'affection atteint des enfants en bas âge, constituer une maladie qui n'est pas sans gravité.

(1) *Chausit, Traité des maladies de la peau*, p. 75.

Eczema rubrum. — Dans cette espèce, il existe des *prodromes*. La surface va être le siége de l'éruption est chaude, tendue, douloureuse, quelquefois iblement tuméfiée.

eu de temps après, elle se couvre d'une rougeur vive, et, en examinant avec ıtion la partie affectée, on y découvre une foule de petites *vésicules* qui la ssent comme autant de points brillants. Bientôt ces vésicules deviennent ses comme des têtes d'épingles; elles ne tardent pas à se flétrir, et la peau, ammée et érythémateuse, reste parsemée de points arrondis, entourés d'un t liséré blanchâtre.

lais le plus souvent, au lieu de se résorber, le liquide, devenu lactescent, anche par suite de la rupture des vésicules; la *surface enflammée s'excorie* et ient le siége d'une irritation vive, à mesure qu'elle est baignée par le suintent qui s'y établit. La matière de ce suintement se concrète en *lames* minces, lles, peu adhérentes. qui, en se détachant, laissent à découvert des surfaces lammées et suintantes qui se recouvrent bientôt des mêmes sécrétions épiderıdes. C'est là ce qu'Alibert appelait la *dartre squameuse humide.*

La maladie, qui peut être entretenue par des éruptions successives, se termine linairement au bout de deux ou trois semaines; après ce temps, il ne reste à la au qu'une teinte rouge qui brunit et disparaît peu à peu.

c. Eczema impetiginodes. — Il peut naître spontanément, mais ordinairement succède à l'*eczema rubrum.*

Dans cette variété, l'éruption se manifeste avec une acuité remarquable : la peau t rouge, tendue, tuméfiée; sa chaleur est brûlante; les *vésicules primitives* se chirent promptement, pour faire place à d'autres qui contiennent de prime abord ı liquide moins transparent, puis bientôt trouble, puriforme. A ce moment, la sicule est véritablement devenue une *pustule*. Cette transformation remarquable la vésicule primitive en pustule forme le caractère distinctif de l'eczéma impégineux. MM. Rayer et Copland (1), comme l'a démontré M. Cazenave, se sont ompés en ne voyant là qu'un eczéma compliqué de pustules d'impétigo. Il arrive uvent, en effet, que chez le même individu on constate, sur différents points, s divers degrés de la transformation que nous venons d'indiquer.

Une fois rompues, les vésicules pustuleuses *laissent échapper un liquide* qui se urcit en *squames épaisses*, jaunâtres, molles, semblables à des feuillets superposés; leur chute, on trouve des surfaces rouges d'où suinte une sérosité roussâtre. près un certain nombre d'éruptions successives, les croûtes ne se reforment que fficilement; ce ne sont plus que les lamelles minces, grises, un peu sèches de 'eczéma. Tout peut être terminé ainsi en deux ou trois semaines.

Dans ces trois variétés, l'eczéma aigu est rarement accompagné de symptômes néraux graves. Cependant, quand il occupe une grande surface, chez des indiidus affaiblis par l'âge, chez ceux qui ont la peau brune et sèche, il peut acquérir ne grande intensité, et déterminer une inflammation qui s'étend jusqu'aux coues sous-jacentes du derme. Alors les éruptions sont plus fréquentes, plus aiguës; es exulcérations douloureuses sillonnent la peau; elles se recouvrent de squames umides, etc., etc. Après la résolution, la peau conserve une teinte brune qui arfois persiste indéfiniment.

(1) *Dictionary of practical medicine*, art. ECZEMA.

[redacted]

2° *Eczéma chronique.* — Pouvant succéder aux trois variétés que nous venons de décrire, l'eczéma chronique se développe le plus souvent à la suite de l'eczéma impétigineux. Il est constitué soit par une suite indéfinie d'éruptions successives, soit par un état permanent, n'offrant pas d'exacerbations bien sensibles. Mais, quelle que soit sa marche, il se présente sous deux aspects assez tranchés, qui sont les suivants :

a. Dans le premier cas, une *sécrétion abondante* forme le caractère principal : la peau est baignée sans cesse par un liquide séreux, quelquefois fétide, dont le suintement salit rapidement les linges qui recouvrent les parties malades, et oblige de les changer à chaque instant. En les enlevant, on trouve les surfaces rouges, tuméfiées, ramollies, portant les empreintes de la toile qui les recouvrait. Dans les points où la peau est comme macérée, on peut distinguer une foule d'*orifices béants* d'où s'échappe une gouttelette de sérosité : ces points, selon M. Cazenave, sont les *orifices des canaux sudorifères.*

Quelquefois la sécrétion, moins abondante, est *puriforme :* la peau s'excorie, se *gerce* douloureusement. En enlevant les linges, une foule de points sont arrachés, et il s'écoule une certaine quantité de sang. D'autres fois les surfaces malades se recouvrent de *squames* molles, jaunâtres, minces et peu adhérentes; celles-ci, à la suite de sécrétions multipliées, forment des couches de squames humides, recouvrant les parties enflammées.

b. Dans le second cas, au contraire, la sécrétion est à peine sensible; les squames sont sèches, adhérentes. En tombant, elles laissent à découvert des surfaces peu enflammées. Tantôt la peau est blanche, comme farineuse, s'écaillant au moindre frottement, et en même temps elle est sèche et épaisse; tantôt elle est d'un rouge vif, mais sans aucune espèce de suintement. Elle est comme *fendillée*, recouverte de *squames adhérentes.*

c. D'après M. Chausit (1), il existe une *troisième espèce*, dans laquelle il n'y a plus de traces ni de la sécrétion séreuse, ni de la sécrétion épidermique. Cet eczéma, qui *siége de préférence aux jambes*, se présente avec une physionomie remarquable. La peau, *tendue*, *lisse*, *luisante*, *amincie*, semble constituer un *tissu cicatriciel*, et l'on pourrait croire à la guérison sans quelques *poussées* rares, mais caractéristiques.

L'eczéma chronique, quelle que soit sa forme, est toujours accompagné d'un *prurit* remarquable : ce symptôme, qu'il est important de se rappeler, n'est, au début, qu'un léger *fourmillement* qui augmente à mesure que les éruptions se multiplient. Les démangeaisons finissent quelquefois par devenir *brûlantes* : c'est un supplice pour les malades, qui, ne pouvant résister au besoin de se gratter, se déchirent avec les ongles et les corps les plus durs. Dans quelques cas, le prurit est peu marqué pendant toute la durée de la maladie. En général, il s'exaspère sous diverses influences, telles que l'usage des excitants, des spiritueux, la chaleur du lit, le contact des vêtements de laine, etc., etc.

§ IV — Siége de la maladie.

L'eczéma chronique peut affecter tous les points du corps; cependant quelques

(1) *Loc. cit.*, p. 71.

ties de l'enveloppe cutanée en sont plus fréquemment le siége : l'affection vési-euse présente alors certaines particularités qu'il est bon de signaler.

Au *cuir chevelu*, il constitue ce qu'on a appelé la *teigne amiantacée*, la *teigne furacée;* il a été confondu par certains auteurs avec la *teigne muqueuse*, qui, on la remarque de Bateman, n'est qu'un *impétigo*. On le reconnaîtra aux signes vants : il se présente, non avec des croûtes, mais avec des *squames* jaunâtres, lles, irregulières, accompagnées d'un *léger suintement* dans quelques points. s *cheveux* sont libres et peu altérés, ou enveloppés dans une partie de leur éten- d'une sorte de gaîne squameuse. L'éruption est toujours accompagnée de *rit* et *n'est pas contagieuse*. Quelquefois il détermine une alopécie incom-te.

Aux *oreilles*, il est très fréquent chez la femme, et constitue une maladie très elle. Il peut envahir toute la conque et déterminer son hypertrophie; à l'inté-ur du conduit auditif, le gonflement peut être tel qu'il entraîne une *surdité* identelle.

Aux *mamelons* chez les jeunes filles, mais surtout chez les nourrices, il occa-nne des gerçures souvent très douloureuses, et provoque l'engorgement des nglions axillaires.

Aux *organes génitaux*, aux *cuisses*, à l'*anus*, il est caractérisé par des déman-isons insupportables; ce prurit, qui entraîne les malades à se gratter irrésisti-ment, est de la dernière incommodité et porte les malades à des idées de tris-se et même de suicide.

Aux *mains*, l'eczéma est fréquent et difficile à guérir; on l'observe surtout chez épiciers : les pathologistes anglais l'ont appelé *gale des épiciers*.

L'eczéma peut devenir *général*, mais c'est presque exclusivement à l'état aigu, surtout à l'état simple.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

A l'*état aigu*, l'eczéma a une *marche* assez rapide; à l'*état chronique*, il offre dinairement une succession de rémissions et d'exacerbations qui font souvent oire à sa terminaison prochaine. Quand il touche à sa fin, on voit d'abord dimi-ier la sécrétion; les squames, moins larges, plus minces, se reforment plus len-ment; la guérison marche de la circonférence au centre. Enfin, lorsque tout a sparu, il reste une empreinte brune qui quelquefois persiste toute la vie.

La *durée* de l'eczéma est impossible à préciser : cette affection peut résister à us les traitements et avoir une durée indéfinie. Cette durée est aussi subordonnée certaines conditions, telles que l'ancienneté du mal, les causes qui l'ont fait naître ı peuvent l'entretenir, etc.

L'eczéma est une maladie qui guérit facilement à l'état aigu : il est plus rebelle l'état chronique, souvent on ne réussit pas à le faire disparaître. Il peut, dans rtains cas, *se transformer en pemphigus :* transformation heureusement fort re, dit M. Cazenave, car elle est presque toujours funeste.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Selon M. Rayer, les follicules cutanés sont essentiellement affectés dans l'eczéma. ett plaçait le siége de la lésion dans la membrane vasculaire d'Eichhorn, mem-

brane qui a pour fonction la sécrétion épidermique. Se fondant sur les caractères locaux et l'histoire de la maladie, M. Cazenave regarde l'eczéma comme une maladie de l'appareil sudoripare, et place le siége des vésicules à l'extrémité des conduits sudorifères enflammés.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

A l'état aigu, l'eczéma peut être confondu avec l'*herpès* et la *gale*.

Pour l'*herpès*, on évitera l'erreur en se souvenant que les groupes vésiculeux de cette éruption sont toujours bien délimités, que les vésicules sont plus grandes, comme perlées, et qu'elles donnent lieu à une desquamation à peine sensible.

Dans la *gale*, les vésicules sont acuminées, peu transparentes ; elles sont isolées, discrètes, disséminées sur certains points où elles ont leur siége de prédilection : en effet, on les rencontre aux bras, aux poignets, au ventre, à la verge, mais surtout dans l'intervalle des doigts. La présence du sillon de l'acarus, quand on peut la constater, lève tous les doutes.

Quelle que soit sa ressemblance avec l'*impétigo* dans certains cas, l'eczéma s'en distinguera en ce que jamais il ne donne lieu à des croûtes toujours épaisses, molles, d'un jaune ambré, comme on les observe dans l'affection pustuleuse. L'eczéma produit plutôt des squames que des croûtes.

Cette affection, à l'état chronique, pourrait être confondue avec le *lichen agrius*, qui a quelquefois le même siége et présente une excoriation et un suintement analogues à ceux de l'eczéma. Mais si l'on se rappelle que le *lichen agrius* est surtout caractérisé par une rugosité remarquable qui dénote l'état papuleux primitif, tandis que la surface de l'eczéma est unie et luisante ; qu'il est toujours accompagné d'un prurit brûlant, différent des démangeaisons de l'eczéma ; qu'au lieu de squames lamelleuses, il est recouvert de petites croûtes, minces, dures, résultat de l'ulcération des papules ; si l'on ajoute, surtout, l'épaississement considérable de la peau propre au lichen, on évitera facilement toute erreur.

Quant au *psoriasis*, l'absence de tout suintement et du prurit, et la présence de véritables écailles minces, sèches, chatoyantes, qui caractérisent les affections squameuses, et le siége de prédilection aux genoux et aux coudes, dissiperont tous les doutes. Les caractères différentiels de l'*eczéma du cuir chevelu* seront donnés à l'article *Impétigo*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'eczéma aigu et de l'herpès.*

ECZÉMA AIGU.	HERPÈS.
Vésicules agglomérées sur des *surfaces mal circonscrites*, à peine visibles.	Vésicules en *groupes bien limités ;* plus grandes, comme perlées.
Desquamation *marquée*.	Desquamation *à peine sensible*.
Prurit *léger*.	*Douleur vive*.

2° Signes distinctifs de l'eczéma aigu et de la gale.

ECZÉMA AIGU.	GALE.
Vésicules ordinairement *aplaties*, transparentes, *agglomérées*.	Vésicules *acuminées*, peu transparentes, isolées, *discrètes*.
Siége *sur tous les points du corps*.	Siége de prédilection : *poignet*, *ventre*, *intervalles des doigts*.
Pas de sillons de l'acarus.	*Sillons de l'acarus.*

3° Signes distinctifs de l'eczéma impétigineux et de l'impétigo.

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX.	IMPÉTIGO.
Squames lamelleuses semblables à des feuillets superposés.	*Croûtes* épaisses, molles, d'un jaune ambré.

4° Signes distinctifs de l'eczéma chronique et du lichen agrius.

ECZÉMA CHRONIQUE.	LICHEN AGRIUS.
Surface *unie*, *luisante*.	Surface *rugueuse*, *papuleuse*.
Squames lamelleuses.	Petites *croûtes* minces, dures.
Démangeaisons.	*Prurit brûlant.*
Derme d'épaisseur normale.	Derme épaissi très notablement.

5° Signes distinctifs de l'eczéma chronique et du psoriasis.

ECZÉMA CHRONIQUE.	PSORIASIS.
Toujours accompagné d'un peu de *suintement*.	*Squames sèches*, chatoyantes, minces.
Prurit.	Prurit *nul*.
Siége indifférent.	Siége de prédilection : *coudes*, *genoux*.

Pronostic. — A l'état aigu, l'eczéma est généralement une affection légère dont la guérison est prompte. A l'état chronique, il peut, ainsi que nous l'avons vu plus haut, durer un temps illimité et devenir une maladie, sinon grave, au moins très incommode par sa ténacité. Dans ce cas, du reste, le pronostic est subordonné à certaines conditions qu'il est facile de prévoir, telles que la cause de la maladie, la constitution du sujet, etc., etc.

La fréquence des *récidives* est une circonstance qui impose une certaine réserve quand il s'agit de porter le pronostic de l'eczéma.

§ VIII. — Traitement.

Nous avons dit au commencement de cet article que pendant bien longtemps l'eczéma a été décrit avec d'autres affections de la peau sous le nom vague de *dartres*. A l'occasion du traitement, nous retrouvons tous les inconvénients de cette confusion et du vague dans lequel étaient nécessairement les auteurs en présence d'espèces mal *caractérisées*. Cette fâcheuse condition, qui se représentera plus d'une fois dans l'étude des maladies de la peau, nous obligera à ne pas insister

sous le rapport thérapeutique, sur des moyens dont les indications sont pour nous incertaines, le diagnostic des affections contre lesquelles ces moyens étaient employés n'étant pas encore établi sur des données positives. C'est après avoir constaté ce fait, et en rappelant que beaucoup d'agents employés et vantés dans cette affection ont besoin du contrôle d'une observation nouvelle, fondée surtout sur un diagnostic précis, que nous allons exposer le traitement de l'eczéma.

[C'est ici qu'il est indispensable de rappeler combien il est nécessaire de s'enquérir, avant d'établir un traitement de l'eczéma, si le malade ne vit pas sous l'empire d'une diathèse héréditaire ou acquise; le plus souvent tout le secret de la thérapeutique est là. (Bazin.)]

1° *Traitement de l'eczéma aigu.*—Si l'eczéma aigu se présente sous sa forme simple, si l'inflammation est franche et modérée, on prescrira la *diète*, les *émollients*, le *repos* de la partie malade. Si le sujet est jeune et robuste, et que l'éruption s'accompagne de quelques symptômes de congestion, on y joindra les *émissions sanguines générales;* mais il est rare que l'intensité de la maladie soit telle que ce moyen devienne nécessaire.

A l'intérieur, on prescrira les *acides végétaux*, et à l'*extérieur* on recouvrira la surface enflammée de cataplasmes de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve, mais tièdes seulement; on fera des *lotions émollientes* ou légèrement *narcotiques.* On administrera des bains amidonnés ou gélatineux, et si l'éruption, devenue moins aiguë, tendait à se continuer, on recourrait aux *bains alcalins* et aux *lotions alcalines.*

Ce sont surtout l'*eczema rubrum* et l'*eczema impetiginodes* qui réclament l'emploi de ces derniers moyens; mais lorsque l'inflammation est peu considérable, lorsqu'elle s'est notablement calmée, on peut, comme l'expérience nous l'a fréquemment démontré, recourir avec un grand succès à des topiques actifs qui seront indiqués tout à l'heure dans le traitement de l'eczéma chronique, et principalement à la pommade suivante, que nous avons trouvée utile dans un grand nombre de maladies de la peau, lorsque l'irritation n'était pas trop vive :

℞ Axonge.............. 30 gram. | Calomel............. 2 à 5 gram.

Mêlez.

2° *Traitement de l'eczéma chronique.* — C'est surtout contre l'*eczéma chronique* que les auteurs ont préconisé une foule de moyens dont, le plus souvent, nous ne pouvons pas apprécier la véritable influence. Les uns ont vanté les applications locales, et font consister tout le traitement dans les médicaments topiques; les autres s'adressent plus particulièrement aux moyens généraux; beaucoup ont réuni les deux espèces de médications, et le plus souvent il est difficile de dire quelle est la part de chacune d'elles dans les effets obtenus. Quoi qu'il en soit, nous allons présenter les agents thérapeutiques qui ont été le plus généralement employés.

Médication externe. — Les *bains* sont très fréquemment administrés dans *toutes les formes* de l'eczéma chronique; donnés *simples*, à une température généralement peu élevée, rendus *émollients* par l'addition des mucilages, de la *gélatine (500 grammes par bain)*, ils sont surtout utiles quand il existe un certain

é d'inflammation. Dans le cas contraire, on prescrit les *bains sulfureux arti-ls* (60 à 125 grammes de *sulfure de potasse*, 6 à 8 grammes d'*acide chlorhy-ue* pour un grand bain), ou mieux encore les bains d'Enghien, de Baréges, auterets, etc.

s *bains de vapeur* sont aussi administrés dans un certain nombre de cas. Cazenave les conseille quand l'eczéma est sec et squameux; il les administre *température de* 30° *à* 32° *R.*; leur durée est d'un quart d'heure; mais cet ır préfère encore les *douches de vapeur* dirigées sur la partie malade. Les *alcalins* qu'on fait en ajoutant à l'eau de la baignoire 100 à 125 grammes rbonate de potasse, ont été aussi utiles dans un bon nombre des cas rapportés es auteurs.

s *lotions alcalines* sont recommandées pour calmer les démangeaisons.

docteur Thompson (1) conseille de laver les parties avec la solution suivante :

℞ Acide cyanhydrique..... 4 gram.	Émulsion d'amandes amères 240 gram.

a aussi vanté les lotions avec l'*eau de son vinaigrée*, l'*eau de Goulard*, le *te d'alumine;* M. Gompagnero (2) a recommandé les *lotions de sublimé;* ertrand (3) a conseillé celles de *sulfure de potasse*.

fin, suivant Biett et M. Cazenave, la solution suivante aurait une très grande dans les mêmes circonstances :

℞ Borax............ 2 à 8 gram.	Eau commune........... 600 gram.

solvez. Pour lotions, trois ou quatre fois par jour.

ns le but de changer le mode de vitalité de la peau, on a conseillé l'applica-l'un *vésicatoire* sur la partie même occupée par l'éruption. C'est dans le même qu'on a employé la *cautérisation* avec le nitrate d'argent, l'acide chlorhydri-etc. En général, la cautérisation est dangereuse; M. Cazenave la rejette ne base de traitement.

us rapprocherons de ces moyens les *pommades* dont plusieurs médecins font être un usage excessif. Les plus communément employées sont celles dans elles l'axonge se trouve unie au *camphre* (0,25 à 1 gramme pour 35 gram-; à l'*oxyde de zinc* (5 à 8 décigrammes pour 30 grammes); au *calomel* (de et 5 grammes pour 50 grammes); au *protoiodure de mercure* (de 5 décigram. rammes pour 30 grammes); au *goudron* (de 2 à 4 grammes), etc., etc.

Mialhe nous a donné la formule de la pommade suivante :

Axonge récente........... 40 gram.	Extrait d'opium........... 1 gram.
Turbith nitreux........... 2 gram.	

solvez l'extrait d'opium dans quelques gouttes d'eau; ajoutez le turbith, puis l'axonge, yez le tout dans un mortier de porcelaine, jusqu'à ce que le mélange soit parfaitement gène. Cette pommade s'emploie en onctions légères, matin et soir.

Voy. Copland, *loc. cit.*
Gazette médicale, 1831.
Recueil périodique de la Société de médecine, t. XLVIII.

M. Trousseau (1) emploie les *bains de sublimé* à la dose de 15 grammes, dans l'eczéma impétigineux des enfants.

« Quant aux moyens locaux à employer contre l'eczéma chronique, s'ils sont, dit M. Cazenave, moins limités que dans la forme aiguë, ils doivent cependant être conseillés avec la plus grande sobriété. Il faut avant tout, et même dans les cas les plus rebelles, éviter les topiques irritants. S'il y a sécrétion abondante, je fais mettre, le jour, sur les parties malades, un linge fin recouvert de taffetas gommé; le soir, je fais saupoudrer avec de l'amidon... En général, il ne faut pas employer de pommades ; mais il faut principalement bannir du nombre des topiques, dans le traitement de l'eczéma, les sulfureux, que l'on a cependant vantés comme une panacée. » Ajoutons néanmoins que nous avons vu souvent réussir, dans ces cas, les onctions avec la *pommade au goudron* ou l'*huile de cade*, sans oublier de mentionner ici un fait extrêmement remarquable que M. Cossy a observé dans le service de M. Louis, et dont il a rendu compte (2).

Un homme malade depuis un grand nombre d'années, et ayant tout le corps couvert d'une couche épaisse de squames, fut guéri par le *brossage* à l'aide d'une brosse très dure mouillée avec un liquide dont celui qui dirigeait le traitement ne voulut pas faire connaître la composition. Le brossage était fait si rudement, que, dans les premiers temps surtout, la peau était couverte de sang, et que dans le cours du traitement, qui dura plusieurs mois, on usa une brosse jusqu'au bois, et une autre à moitié. Le malade fut parfaitement guéri de son eczéma, qui lui rendait la vie insupportable, et qui avait résisté à un très grand nombre de moyens de traitement, dont plusieurs avaient été mis en usage à l'hôpital Saint-Louis pendant très longtemps. Le liquide employé paraissait alcoolique.

Un résultat semblable ayant été obtenu par M. le docteur Tiry (3) à l'aide de moyens qui nous sont connus, mentionnons-le ici.

Il s'agissait d'un eczéma chronique occupant toute la surface du corps, durant depuis deux mois, ayant produit de nombreuses croûtes, ainsi que l'épaississement du derme, donnant lieu à un suintement abondant, à une vive démangeaison, à la rétraction permanente des muscles, à des accidents généraux très graves. La guérison fut obtenue en six semaines par le traitement suivant :

A *l'extérieur*, bains de carbonate de potasse et bains d'amidon alternant tous les deux jours. Tous les jours, frictions prolongées avec l'onguent suivant :

℞ Suie de bois..........	30 gram.	Axonge	120 gram.

Ajoutez :

Huile de jusquiame noire...	4 gram.	Huile d'amandes douces....	4 gram.

Mêlez.

Compression graduée des membres au moyen de bandes roulées et amidonnées et soutenues par des cartons dans les points où il y a beaucoup de muscles.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, février 1847.
(2) *Archives de médecine.*
(3) *Presse médicale belge*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, janvier 1850.

A *l'intérieur*, le mélange suivant :

℞ Iodure de soufre..... 0,50 gram.	Eau de sureau........... 120 gram
Rob de sureau....... 8 gram.	

élez. Dose : quatre cuillerées par jour.

Pour boisson, décoction des quatre bois sudorifiques.

Pour régime, légumes et viandes blanches.

Enfin M. Wilson a guéri des ezcémas tant aigus que chroniques *en couvr* *face malade d'une couche de collodion*, moyen sur lequel nous aurons plu occasion de revenir à propos des autres affections cutanées.

Moyens internes. —Souvent administrés comme adjuvants, ils sont choisis, t les *purgatifs*, tels que les eaux de Sedlitz, de Pullna, l'huile de ricin, le (20 centigrammes le matin à jeun, Biett), les pilules de Plummer ; tantô *eaux minérales salines* ou *sulfureuses;* tantôt dans les *acides miné* . Biett et Plumbe ont recommandé les *limonades nitrique*, *sulfurique*, *rique*. Le *soufre*, donné à l'intérieur, n'a paru à M. Rayer avoir d'actio éciable sur les eczémas chroniques que lorsqu'il produisait un effet purgat Comme médication spéciale, surtout dans les cas d'éruption ancienne et re a préconisé à l'intérieur la *teinture de cantharides*, à la dose de 3, 4 et 5 g jour.

Biett a mis en honneur les préparations *arsenicales*, dont il dit avoir reti tages signalés. Il employait de préférence l'*arséniate de soude* et celui *ique*, qu'il administrait dans la proportion de 5 centigrammes d'un dans 30 grammes d'eau distillée. Il commençait par un gramme envir e solution. M. Cazenave administre dans le même but la *solution de Pea* la dose de 1 à 4 grammes par jour. Nous reviendrons avec détail sur cette tion, à l'occasion des maladies squameuses, dans le traitement desquelle oyens ont acquis, depuis ces dernières années, un haut degré d'importanc

Restent quelques moyens particuliers qu'il n'est pas sans intérêt de conn telle est la mixture de Biett, ainsi composée :

℞ Sirop de fumeterre...... 375 gram.	Sulfite sulfureux de soude..... 8 gr
— de pensée sauvage.. 125 gram.	

Deux cuillerées par jour.

Le docteur Gardras (1) regarde la *douce-amère*, prise à l'intérieur, comm meilleur moyen contre l'eczéma. Les faits qu'on peut donner à l'appui de opinion sont insuffisants.

Tel est l'ensemble des moyens qu'on peut, avec le plus d'avantages, oppo l'eczéma. Ils n'ont pas tous, à beaucoup près, la même valeur, et malheur ment nous manquons de renseignements précis sur l'influence relative de la pl d'entre eux. Quels que soient, en général, ceux qu'on emploie, il faut in longtemps sur leur usage ; et si le praticien croit devoir s'aider à la fois des m internes et des moyens externes, qu'il se garde, comme le fait observer judi

(1) *The London med. and phys. Journal*, mai 1830.

sement M. Cazenave, d'employer des moyens opposés les uns aux autres, comme, par exemple, des cataplasmes émollients et les eaux de Baréges.

Si l'eczéma s'est développé sous l'influence d'une cause extérieure, il suffit souvent d'éloigner la cause pour dissiper le mal. Parfois alors il faut engager les malades à renoncer à leur profession.

Selon le siége qu'il occupe, l'eczéma réclame aussi quelques indications particulières : dans l'*eczéma des oreilles*, il faut parfois *introduire un peu d'épong préparée* pour prévenir l'oblitération du conduit. En outre, il est bon, en pareil cas, d'employer quelques moyens particuliers. *A l'état aigu*, d'après M. Chausit (1), il faut prescrire les *injections émollientes* ou *narcotiques; à l'état chronique*, des *injections astringentes*, *savonneuses*, des *lotions avec la mixture de Gowland* modifiée ainsi qu'il suit par M. Cazenave :

℞ Bichlorure de mercure...	0,10 gram.	Lait d'amandes..............	250 gram
Chlorure d'ammonium...	0,20 gram.		

F. s. a.

Quand il y a complication d'hypertrophie rebelle, on emploiera avec avantag les *douches de vapeur aqueuse*, dirigées vers l'oreille.

Dans l'*eczéma du cuir chevelu*, il est bon de *couper les cheveux* et d'*entreteni dans cette partie une grande propreté*. Les *douches de vapeur* sont spécialemen conseillées par M. Cazenave dans l'*eczéma du scrotum*.

Un *régime* d'autant plus *sévère* que l'eczéma offrira plus de signes d'acuité, complétera le traitement ; on y joindra le *repos* de la partie malade ; les fatigues, les excès de toute espèce, seront soigneusement évités.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Eczéma aigu :* Émissions sanguines ; bains amidonnés, gélatineux, alcalins ; lotions émollientes, narcotiques ; cataplasmes, repos, tisane acidule.

2° *Eczéma chronique :* Bains simples, de vapeur, sulfureux, alcalins ; lotion acidules, astringentes ; vésicatoire, cautérisation ; pommades, frictions prolongées collodion. *Moyens internes :* Cantharides, arsenic ; purgatifs, sulfureux, salins *Régime*.

ARTICLE II.

HERPÈS.

Fréquemment employée par les auteurs qui se sont livrés à l'étude des maladi de la peau, la dénomination d'*herpès* a été appliquée, jusqu'à Willan, à des affe tions diverses ; mais depuis les travaux du pathologiste anglais, on l'a réservée un groupe des affections vésiculeuses ; et les auteurs modernes, tels que Bie MM. Rayer, Cazenave et Gibert, Devergie, Bazin, Hardy, ont tous adopté cet classification.

(1) *Loc. cit.*, p. 83.
(2) *Archives générales de médecine*, août 1853.

De nombreuses divisions ont été introduites dans l'histoire de l'herpès : les un[s] [son]t fondées sur le siége, les autres sur la forme de l'éruption. Ainsi on a déc[rit] [l']herpes labialis, un herpes præputialis, un herpès de la vulve (Legendre) (1) [l']herpès iris, un herpès phlycténoïde, un herpes zona, un herpès tonsuran[t] [l']herpes circinatus. Embrassant dans une même description l'étude générale [de l'her]pès, nous indiquerons, chemin faisant, ce que chacune des variétés offre [de par]ticulier à considérer. Cette manière d'exposer l'histoire de la maladie nous épa[rgne]ra des longueurs et des répétitions.

La division en herpès aigu et herpès chronique n'étant applicable qu'à quelqu[es] [for]mes de cette éruption, nous nous contenterons de la rappeler quand il s'agi[ra de] ses formes seulement.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On désigne sous le nom d'*herpès* une éruption de vésicules rassemblées [en] groupes sur une base enflammée, et disposées de manière à occuper une ou pl[u]sieurs surfaces bien circonscrites, et séparées entre elles par des intervalles où [la] peau est restée saine.

Les différentes dénominations que les auteurs ont données à l'herpès vienne[nt] surtout, ou de sa forme, ou du siége qu'il occupe : tels sont l'*herpes zona* [ou] *zoster*, l'*herpes circinatus*, *iris*, etc. L'herpès est la *dartre phlycténoïde* d'Al[i]bert, etc., etc.

A l'état aigu, l'herpès est une maladie assez fréquente, et surtout quand elle [se] présente sous la forme qui a reçu le nom de *zona* : les formes chroniques so[nt] moins communes, et quelques-unes d'entre elles sont assez rares.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'herpès peut se développer à tout *âge*, mais on le rencontre plus souvent da[ns] la jeunesse et dans l'âge adulte. La forme à laquelle M. Cazenave a donné le no[m] d'*herpès tonsurant* ne se montre guère après quinze ans.

Les *femmes*, les individus blonds à peau fine et blanche, à *tempérament ne[r]veux*, sont, d'après les auteurs, prédisposés aux diverses espèces d'herpès. C'e[st] *en été*, comme l'ont fait remarquer MM. Rayer et Cazenave, qu'on les rencontre plus souvent.

2° Causes occasionnelles.

Dans un grand nombre de cas, l'herpès se montre sans qu'il soit possible d'e[n] découvrir la cause. Souvent on a attribué son apparition à l'influence du *froid*, [de] l'*insolation*, aux *changements de saison*. Dans quelques formes, l'affection a pou[r] cause le contact de certaines *matières irritantes* : par exemple, le mucus du cory[za] sur la lèvre supérieure dans l'*herpes labialis*, de certains écoulements chronique[s] du vagin dans l'*herpes præputialis*, les cosmétiques dans l'*herpes circinatus*.

On a vu l'herpès survenir à la suite d'une *émotion morale* vive, de fatigue[s] excessives, de longues veilles, après un *mouvement fébrile* plus ou moins long temps prolongé. En pareil cas, c'est principalement l'*herpes labialis* qui se produi[t]

(1) *Archives générales de médecine*, août 1853.

[redacted]

L'herpès *n'est pas contagieux ;* une de ses formes seule a cette propriété : c'est l'*herpès tonsurant.*

§ III. — Symptômes.

1° *Description des symptômes de l'herpès en général.* — Le plus souvent, san qu'il ait existé aucun symptôme général, on voit apparaître sur les parties qu vont être le siége de l'éruption une foule de *petits points rouges* réunis et agglo mérés sur un espace très limité. En même temps le malade y éprouve une *sensatio de cuisson* souvent très vive, quelquefois une sorte de *brûlure.* Ces phénomènes plus sensibles dans l'*herpès zona*, précèdent quelquefois l'éruption de quelqu jours.

Le lendemain, on trouve sur une surface rouge, enflammée, une foule de *pe tites vésicules* pleines d'un *liquide séreux*, résistantes, agglomérées, présenta le volume d'un grain de millet (*herpes miliaris*), et, dans quelques points, aya celui d'un petit pois. Leur forme est globuleuse. Elles sont dures, transparente d'une teinte opaline, argentée. Les *groupes*, entourés comme d'une aréole éryth mateuse par la rougeur qui les dépasse, sont ordinairement composés de quinze cinquante vésicules. Celles-ci se flétrissent et s'affaissent du quatrième au cinquièm jour; le *liquide qu'elles renferment devient purulent*, puis se dessèche en *croût brûnatres* qui ne tardent pas à tomber. Dans quelques points il est résorbé, e l'éruption se termine par une légère desquamation. « Jai vu, dit M. Cazenave surtout chez les vieillards, des *ulcérations superficielles* succéder à des vésicul molles, mal distendues par un liquide sanieux. »

Quand la maladie a disparu, on trouve encore à sa place des *empreintes rou geâtres* qui peuvent persister au delà d'un mois. On voit de même, dans beaucou de cas, des *douleurs* très vives survivre à l'éruption cutanée.

Cette éruption, bornée parfois à une plaque vésiculeuse dont l'étendue varie de puis la largeur d'un écu jusqu'à celle de la paume de la main, se compose le plu souvent de plusieurs groupes occupant plusieurs points à la fois, soit qu'elle les a envahis simultanément, soit qu'elle les ait affectés successivement.

Telle est la description de la forme d'herpès qu'on peut regarder comme le typ du genre. Passons maintenant en revue les diverses *variétés.*

2° *Herpès phlycténoïde.* — Il est assez souvent précédé ou accompagné a début de quelques *phénomènes généraux.* Ceux-ci ne consistent le plus souve qu'en un peu d'anorexie et de soif, et un léger mouvement fébrile; ils se dissipen promptement. L'herpès phlycténoïde qui, ainsi que son nom l'indique, est caracté risé par des vésicules assez grosses pour ressembler à des phlyctènes, a une dur de deux à trois septénaires. Il peut occuper toutes les régions du corps ; on le re contre surtout aux joues, à la poitrine, aux bras.

3° *Herpès labialis.* — Cette variété, qui ne mérite pas une description à pa offre, sur un point circonscrit de l'ouverture buccale, les phénomènes d'érupti que nous venons de signaler. Tout ce qu'il est nécessaire d'ajouter, c'est que point de la lèvre où doit paraître le mal devient d'abord le siége d'un sentiment *chaleur âcre* et brûlante, suivi bientôt d'un *gonflement* assez marqué. La surfa est rouge et luisante, et ne tarde pas à se couvrir des vésicules caractéristique

elles-ci n'occupent le plus souvent qu'une partie restreinte de l'une des lèvres, et rdinairement le point où la muqueuse se confond avec la peau. L'*herpes labialis* ırcourt rapidement sa marche ; le liquide des vésicules se concrète en *croûtes* *runes* qui tombent du septième au huitième jour. Si on les arrache, il s'en forme e nouvelles qui persistent plus longtemps.

[M. Gubler a démontré que l'*herpes* dit *labialis* peut se développer sur divers oints de la face, au nez, à la joue, aux paupières, et même sur la conjonctive culaire, où il détermine une vive inflammation. Il peut même prendre naissance ans la cavité buccale et à l'isthme du gosier, où il produit l'*angine couenneuse* dite ommune. Voici les conclusions de cet auteur.]

[4° *Herpès guttural.* — « 1° L'angine couenneuse, dite commune, est une va-été de l'angine vulgaire, *a frigore*, et prend place dans le groupe naturel des aladies qui dérivent de l'action du froid. 2° La coïncidence fréquente de l'*herpes bialis* souvent du même côté que l'angine, et la similitude incontestable des sions de la bouche et de l'orifice guttural, démontrent clairement la réalité de erpès sur les régions en apparence diphthéritiques. 3° Mais l'herpès, comme tous s autres éléments anatomiques des affections tégumentaires, subit des modifica-ons sur les membranes muqueuses. Les vésico-pustules qu'il forme se décoiffent leur épithélium et montrent à nu leur exsudat plastique ; en sorte que, lors-'elles deviennent confluentes, elles offrent une surface couenneuse plus ou moins ge. 4° L'aspect de cette surface est modifié, son étendue est augmentée par une rétion pseudo-membraneuse sans ulcération préalable qui s'étale sur les points itrophes, c'est à-dire sur l'auréole inflammatoire du groupe d'herpès. Cette constance indique chez les muqueuses une tendance très marquée aux exsuda-ns plastiques, et démontre que, sous ce rapport, elles sont intermédiaires entre séreuses et la peau. 5° La couche plastique de l'herpès guttural offre exacte-nt la même composition chimique et microscopique que la pellicule du croup, contagium qui accompagne celle-ci n'étant pas saisissable par nos moyens d'in-stigation les plus perfectionnés. Cette identité n'a rien qui doive surprendre, les symptômes ne sont jamais absolument pathognomoniques ; souvent au con-ire, les lésions sont communes à des maladies de nature diverse, et les causes iles peuvent être véritablement spécifiques. 6° Malgré cette analogie de lésion ec l'angine diphthéritique maligne, et malgré quelques différences secondaires r rapport à l'éruption cutanée, l'angine couenneuse commune n'est donc en lité qu'un herpès de l'isthme du gosier et mérite le nom d'*angine herpétique.* Il existe deux variétés de cette angine : dans l'une, l'herpès est primitif et stitue la lésion unique ; dans l'autre, il succède à une amygdalite et se sur-ute au phlegmon tonsillaire, en même temps qu'une éruption semblable couvre lèvres. On pourrait nommer la première angine d'herpès (*angina ab herpete*), la seconde, angine avec herpès (*angina cum herpete*). 8° Cette affection, bénigne sa nature, peut néanmoins entraîner des conséquences sérieuses, en raison de n siége et de l'obstacle qu'elle apporte à l'alimentation : elle est à l'*herpes la-lis* ce que l'œdème érysipélateux de l'orifice supérieur du larynx est à celui s paupières. 9° L'*herpès guttural* ne réclame aucun traitement spécifique. Au but, une émission sanguine, locale ou générale, sera parfois nécessaire. Le plus uvent on aura recours à un éméto-cathartique utile pour faire tomber l'appareil

[redacted]

fébrile et commencer la résolution de l'engorgement inflammatoire. Alors le vulsifs cutanés rendront des services.

» Les autres indications à remplir sont : 1° de calmer les douleurs causées déglutition à l'aide des narcotiques appliqués localement ; 2° de favoriser l'é nation des produits exsudés par des gargarismes légèrement détersifs et des sons émollientes ; 3° d'entretenir la liberté du ventre par des lavements et de laxatifs ; 4° de donner des aliments mous ou liquides, et, s'ils ne sont pris proportions insuffisantes, d'y suppléer par des lavements nutritifs, et de soutei forces par des toniques..... 10° Des considérations analogues aux précédentes pliquent à l'ophthalmie spéciale, due à la présence de groupes d'herpès sur la jonctive oculo-palpébrale, affection dont un exemple se trouve consigné d mémoire (1). »]

5° *Herpes præputialis.* — Biett a le premier appelé l'attention sur cette v de l'herpès, dans laquelle il a distingué deux états bien tranchés : l'état aigu et chronique. Les détails suivants, empruntés à M. Cazenave, qui a le mieux e les idées de Biett, feront connaître l'importance de cette distinction.

A l'*état aigu*, l'éruption s'annonce par la présence de quelques *taches* r d'étendue variable, dépassant rarement la grandeur d'une pièce d'un franc taches se recouvrent bientôt de petites *vésicules* globuleuses, transparente *l'éruption a pour siége la face externe du prépuce*, l'inflammation est peu c dérable, le liquide des vésicules se résorbe, il y a une légère desquama quelquefois il se forme de petites croûtes brunes qui tombent rapidement, et fection se termine dans l'espace d'un septénaire. *Si, au contraire, l'herpès s veloppe à la face interne du prépuce*, l'inflammation est plus forte, les pl vésiculeuses sont d'un rouge tellement vif, que les vésicules, en raison de transparence, paraissent rouges elles-mêmes ; elles sont d'abord très petites, grossissent rapidement et se réunissent entre elles par petits groupes conflu Quelquefois la résolution a lieu, mais le plus souvent les vésicules se déchire laissent après elles de petites *érosions* superficielles qui conservent la forme a die des vésicules, et disparaissent rapidement sans laisser de traces. Un p démangeaison au début, une cuisson légère quand il y a des érosions, tels so seuls symptômes qui accompagnent l'état aigu, dont la durée ne dépasse pas ou huit jours.

A l'*état chronique*, l'*herpes præputialis*, maladie souvent méconnue, co en une *succession d'éruptions* qui apparaissent à des intervalles de plus en rapprochés. L'inflammation, augmentant graduellement, finit par *gagner les co du tissu cellulaire sous-muqueux.* Le prépuce devient de plus en plus rude, difficile à se replier sur lui-même ; son ouverture se transforme en un an épais qui *se rétrécit* chaque jour, et permet à peine le passage de l'urine. Il aussi arriver que l'orifice du prépuce se resserre de telle sorte qu'*il ne corresp plus exactement au méat urinaire ;* alors l'urine n'est plus chassée complétem et chaque émission occasionne de la douleur, de la cuisson, des démangea vives. Dans ces conditions, l'extrémité du prépuce est froncée. Les efforts l'on fait pour découvrir le gland donnent lieu à des tractions et à des *déchi*

(1) A. Gubler, *Mémoire sur l'herpès guttural, etc.* Paris, 1858.

douloureuses. M. Cazenave a vu chez un malade atteint de cette forme d'herpès, et bien que le rétrécissement fût peu avancé, un paraphimosis grave, déterminé par le renversement forcé du prépuce. Il est facile d'apprécier les inconvénients de toute sorte que peuvent entraîner de pareilles conditions; aussi tous les malades observés par Biett et M. Cazenave étaient-ils tombés dans la tristesse et le découragement.

6° *Herpes zona.* — Longtemps décrit à part et sous des noms différents, tels que: *feu de Saint-Antoine*, *feu sacré*, *ignis sacer*, *herpès phlycténoïde en zone*, etc., l'herpès *zona* ou *zoster* entre parfaitement, par ses caractères fondamentaux, dans le type que nous avons décrit sous le nom d'*herpès phlycténoïde*; c'est à tort que certains auteurs en ont voulu faire une variété de l'érysipèle, sous le nom d'*érysipèle bulleux*. Sa fréquence et quelques particularités de son développement ont une certaine importance, sans toutefois exiger une description spéciale; elles seront suffisamment exposées dans les détails suivants.

La *disposition en demi-ceinture*, qui lui a valu le nom de *zona*, est le caractère saillant de l'éruption. En général, cette forme a son siége au tronc, le plus souvent à la base du thorax; on la rencontre aussi au cou, à la face, rarement aux membres seulement; *elle n'affecte jamais qu'un seul côté à la fois*. Le zona paraît aussi se montrer plus fréquemment à droite qu'à gauche.

Il a toujours la forme d'une demi-ceinture, constituée, non par une suite non interrompue de vésicules, mais par une *série de groupes vésiculeux*, séparés par des intervalles plus ou moins considérables, où la peau est restée saine. Ces groupes, ordinairement assez rapprochés, peuvent quelquefois être assez éloignés les uns des autres, de telle sorte, par exemple, que la demi-zone soit formée par trois ou quatre plaques.

Une circonstance qui a frappé tous les observateurs, c'est la *douleur* locale qui se fait sentir dans chaque groupe vésiculeux, qui lui survit et persiste parfois très longtemps. C'est surtout cette dernière particularité qui a attiré l'attention : elle avait été signalée par Pinel (1) et M. Louis (2), qui ont rapporté des cas de douleurs persistant plusieurs années après la disparition de l'éruption. Les douleurs ont généralement une intensité considérable, et affectent la forme des *douleurs névralgiques*. Elles n'appartiennent pas exclusivement au zona. On les retrouve quelquefois dans la forme phlycténoïde.

En ajoutant que, parmi les plaques vésiculeuses, celles qui occupent les extrémités de la demi-zone sont ordinairement plus largement développées, et que l'éruption s'accompagne presque toujours de symptômes généraux, nous aurons dit tout ce qu'il y a de particulier à connaître sur cette forme de l'herpès.

[La nature du zona n'est pas uniformément interprétée. Quelques auteurs ont pensé que c'était une fièvre éruptive, et ils ont appuyé leur opinion sur la régularité de sa marche et sur la disparition des phénomènes généraux au moment où apparaissait l'éruption. Mais cette régularité est loin d'être aussi grande que celle des fièvres éruptives; d'ailleurs le zona diffère essentiellement de ces affections par sa localisation, par l'absence de contagion et par la circonstance des causes acci-

(1) *Nosographie philosophique*, art. *Zona*.
(2) *Journal hebdomadaire de médecine*, t. VI, p. 361.

[redacted]

dentelles sous l'influence desquelles il se développe souvent; nous rappelons ici le froid et les émotions morales.

On a encore considéré le zona comme une névralgie. M. le docteur Parrot a publié un mémoire dans lequel il cherche à établir la nature névralgique ou rhumatismale du zona en ne considérant l'éruption que comme un symptôme accessoire. Il base son opinion sur les caractères de la douleur, qui se rapproche de celle des névralgies, et surtout sur les causes de l'affection qui, dans presque toutes les observations qu'il a recueillies, se rapportent à un refroidissement. M. Hardy admet l'existence fréquente, mais non la constance de cette cause qu'il est impossible de retrouver dans bien des cas. Mais l'objection la plus sérieuse à faire à la doctrine de M. Parrot consiste dans l'absence complète de douleur observée chez certains malades atteints de zona. Or, que devient une névralgie sans douleur? Admettons donc que le zona est une maladie inflammatoire accidentelle à laquelle l'existence habituelle d'une véritable névralgie donne un caractère spécial, mais qui ne peut cependant être rangée ni dans la classe des fièvres, ni dans celle des névralgies (1).]

7° *Herpes circinatus.* — C'est une variété de forme qui a pour caractère particulier de se présenter sous l'aspect de *cercles complets* plus ou moins étendus, *dont le centre est vide et ordinairement intact.* Les *bords*, rouges, enflammés, se recouvrent de *vésicules globuleuses* extrêmement petites, auxquelles succèdent de petites *squames* si minces, si ténues quelquefois, qu'elles constituent une espèce d'état farineux.

L'herpès circiné s'annonce par des *points rouges* de la largeur d'un franc, souvent moindres, rarement d'un diamètre de 5 à 6 centimètres; ces points ont toujours l'apparence d'un *disque bien arrondi;* au début, ce caractère est moins sensible, surtout quand le point rouge est très borné.

Dans quelques cas, les *disques* vont en s'élargissant, et acquièrent ainsi une étendue assez considérable; ils sont d'abord peu nombreux; il peut même n'y en avoir qu'un seul. D'autres fois ils sont en grand nombre, se rapprochent, se confondent de manière à ne plus présenter qu'une seule plaque farineuse qu'on pourrait prendre pour un eczéma squameux, si, en cherchant à la circonférence de l'éruption, on ne retrouvait des portions de cercle qui rappellent le caractère de la maladie. Cette variété a été décrite avec beaucoup de soin par M. Cazenave, qui l'a appelée *herpès squameux.*

L'herpès circiné a un *siége* de prédilection : le cou et la face sont les points où on le rencontre le plus fréquemment. Cette circonstance a de l'importance pour le diagnostic.

La *durée* de cette maladie, qui n'est ordinairement que de huit à dix jours, lorsque l'éruption n'est constituée que par une seule plaque, peut aller au delà de deux à trois septénaires quand il se fait plusieurs éruptions successives de disques vésiculeux.

8° *Herpès iris.* — Introduite pour la première fois par Bateman dans le genre herpès, cette variété très rare, mais curieuse par son aspect singulier, est caractérisée par une plaque que forme un petit groupe vésiculeux entouré de *quatre an-*

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, publiées par M. Garnier. Paris, 1859.

aux érythémateux de nuances différentes. Au début, c'est une petite tache qui ›ntôt se sépare en petits anneaux.

Les vésicules apparaissent et se flétrissent en deux ou trois jours, et vers le quaème on trouve des nuances distinctes disposées en quatre cercles concentriques, mme les couleurs d'une cocarde. La *première*, en partant du centre, est d'un *uge brun;* la *seconde*, d'un *blanc jaunâtre;* la *troisième*, d'un *rouge foncé;* la *ıatrième*, d'une teinte *rosée* qui va se perdant et se confondant avec la coloration : la peau voisine. On ne trouve pas toujours cette variété de couleurs aussi bien ononcée.

L'herpès iris, qu'on rencontre surtout au front, aux mains, aux malléoles, en ı mot à tous les points saillants, se termine vers le dixième ou douzième jour rès résorption ou après une desquamation légère.

9° *Herpès tonsurant.* — Sous ce titre, M. Cazenave a désigné une affection ıqu'à lui mal connue (1), décrite sous les noms de *ringworm* par les auteurs glais, de *teigne tonsurante*, par M. Bazin, qui, le premier, a fait sortir le traite›nt, jusque-là secret de cette maladie, du domaine des empiriques (2). Voici la ›cription de M. Cazenave :

« L'herpès tonsurant est caractérisé par des *plaques* ordinairement bien arrons, qui tendent à s'agrandir sans cesse, qui sont couvertes au début de *vésicules s petites*, qui se reproduisent en suivant un mouvement d'extension excentrique continu, et auxquelles succède une *desquamation* différente de celle de l'herpès ciné en ce qu'elle existe au centre comme à la circonférence. Ces plaques préıtent secondairement une surface inégale, sèche, parsemée d'aspérités sensibles a vue et au toucher, recouverte de *cheveux rompus très également à* 3 *ou millimètres du niveau de l'épiderme*, de manière à former une véritable *ısure.* »

Les *plaques* offrent une étendue qui varie de celle d'une pièce d'un franc à celle 5 francs; le plus souvent il n'y en a qu'une : quelquefois plusieurs se confonnt par leur circonférence et forment une grande plaque. La *surface tonsurée* t sèche, sans rougeur, d'une teinte gris bleuâtre; si on la gratte, elle se recoue d'une poussière fine, très blanche, qu'on peut comparer à de la farine très ıne. Il n'y a presque pas de démangeaison.

Les plaques peuvent occuper tous les points du cuir chevelu, mais elles sement avoir une préférence marquée pour les parties latérales et postérieure de la te. Une circonstance remarquable, indiquée par M. Cazenave, c'est que quatre is sur cinq, les jeunes malades qui se sont présentés à son observation, avec un ›rpès tonsurant, portaient soit au cou, soit au front, des plaques d'herpès cirné. On n'a plus lieu de s'étonner de ce symptôme, quand on reconnaît, avec . Bazin, que le champignon de l'herpès tonsurant tombe de la tête sur les réons voisines plus ou moins velues, et là développe une affection identique avec elle dont il est lui-même le produit.

Quand l'herpès tonsurant touche à la guérison, la plaque perd peu à peu son spect chagriné; la surface rugueuse s'aplanit, la desquamation cesse, les cheveux

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850, p. 190.
(2) *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, 1853.

repoussent, et tout revient à l'état primitif. *Ce n'est jamais qu'après plusieurs mois, quelquefois des années, qu'on arrive à ce résultat.*

[Nous avons dû laisser subsister ici la description de l'*herpès tonsurant*, parce qu'en effet l'affection ne diffère pas des autres espèces d'herpès, au point de vue anatomique. Mais elle s'en distingue cependant par la cause, car il est démontré qu'elle est produite par un parasite végétal (*trichophyton*) (1). Nous aurions donc pu déplacer cette description et la transporter dans le chapitre où nous traiterons des parasites; mais c'eût été peu commode pour le lecteur. Dans ce chapitre nous donnerons la description du trichophyton, et là nous ferons remarquer que, selon M. Bazin, ce même parasite donne lieu à un groupe naturel d'affections, celui des *trichophyties* (2), comprenant l'*herpès circiné*, l'*herpès tonsurant* et le *sycosis*.

M. Hardy a complétement adopté les idées de M. Bazin sur ce sujet.]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la plupart de ces formes, l'herpès a une *marche* rapide, et la période de décroissance commence du sixième au huitième jour. Telle est la manière dont les choses se passent dans les *herpès phlycténoïde*, *labialis*, *iris*. Quelquefois la maladie se prolonge par suite de l'éruption successive de nouveaux groupes vésiculeux; c'est ce qu'on observe dans le *zona* et dans l'*herpes circinatus*. Une variété de l'*herpes præputialis* passe facilement à l'état *chronique;* et dès l'origine l'*herpès tonsurant* affecte cette forme, qu'il conserve jusqu'à la fin.

La *durée* de l'herpès varie d'un à deux septénaires; elle se prolonge rarement au delà. L'*herpes præputialis* peut durer fort longtemps, et c'est, comme nous venons de le voir, un des caractères de l'*herpès tonsurant*, de persister plusieurs mois et même des années.

Une guérison rapide, marquée par la disparition de tous les symptômes physiques de l'éruption, est la *terminaison* des diverses formes de l'herpès; il faut en excepter l'*herpès præputialis* et l'*herpès tonsurant*, qui ont de la tendance à se prolonger indéfiniment.

§ V. — Lésions anatomiques.

« En ouvrant les vésicules à l'aide d'une lancette, on reconnaît, dit M. Rayer, qu'indépendamment de la sérosité qu'elles contiennent, il existe dans la plupart d'entre elles une petite fausse membrane très adhérente à la surface du réseau vasculaire de la peau. Ce réseau, d'un rouge vif, surmonté de petites granulations formées par les papilles, offre parfois de petits points d'un rouge violacé, surtout dans les vésicules qui contiennent de la sérosité sanguinolente. Quand les vésicules sont devenues purulentes, la pseudo-membrane n'existe pas ou est moins apparente. »

Dans un cas où le malade succomba, M. Rayer constata que les vaisseaux qui pénètrent à travers les aréoles du derme étaient très injectés dans les points correspondants à ceux où les vésicules s'étaient développées.

(1) Charles Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites*. Paris, 1853, p. 408.
(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*. Paris, 1859, in-8, p. 157.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Si l'on se rappelle que l'herpès a pour caractères propres une éruption de vésicules rassemblées en groupes, et que ces groupes, formés sur une surface enflammée, sont séparés par des espaces où la peau est restée saine, on ne le confondra pas avec l'*eczéma*. Dans cette dernière maladie, en effet, les vésicules ne sont ordinairement pas disposées en groupes, ou, si elles le sont, elles forment des groupes irréguliers. En outre, dans l'eczéma, les vésicules, petites et confluentes, ne ressemblent pas aux vésicules globuleuses et transparentes de l'herpès, vésicules toujours bien isolées dans leur agglomération.

On distinguera du *pemphigus* les vésicules isolées et volumineuses de l'herpès phlycténoïde, en se rappelant que dans le pemphigus ce sont de véritables bulles parfois rapprochées, mais jamais agglomérées en groupes; que ces bulles sont plus larges et plus rondes; qu'elles ont une marche plus lente, et renferment un liquide limpide qui se précipite à leur partie déclive. Mais il est certaines formes de l'herpès, ainsi que nous l'avons vu dans l'étude des symptômes, qui s'éloignent plus ou moins du type générique, et qu'on pourrait confondre avec d'autres affections cutanées qui s'en rapprochent par les apparences extérieures; c'est en indiquant leurs caractères distinctifs que nous compléterons le diagnostic de l'herpès.

En raison de son siége, l'*herpes præputialis* a été pris pour une *affection syphilitique*, et cette erreur a conduit à le combattre par des cautérisations inutiles, sinon dangereuses. A la *période vésiculeuse*, l'herpès sera reconnu par le nombre plus considérable des vésicules, par la moins grande rapidité avec laquelle elles se transforment en ulcérations dans les cas rares où il en est ainsi, et par le peu de profondeur de l'inflammation. On sait, en effet, que dans le *chancre* l'inflammation occupe presque toujours une épaisseur assez considérable de la peau.

L'herpès est-il à l'*état squameux*, les squames sont minces, aplaties, bien différentes des croûtes noirâtres et épaisses de la syphilis. Les érosions secondaires qui parfois accompagnent l'*herpès præputialis*, passagères et superficielles, seront toujours faciles à distinguer des chancres, dont les bords, le fond, la forme, etc., ont des caractères opposés (1).

Le *zona* diffère de l'*érysipèle bulleux* en ce que, dans celui-ci, les phlyctènes qui compliquent l'exanthème sont éparses, jetées çà et là sur des surfaces rouges, largement et irrégulièrement répandues, tandis que les vésicules du zona sont réunies en groupes qui, reposant sur une surface moins étendue, sont disposés en demi-zone et séparés entre eux par des espaces où la peau est restée saine. La douleur qui survit à l'éruption est aussi un caractère qu'on ne retrouve pas dans l'érysipèle.

Quand, dans l'*herpès circiné*, les vésicules sont flétries et remplacées par de petites squames, on pourrait prendre l'éruption pour un disque de *lèpre vulgaire* (*lepra vulgaris*); mais, dans cette dernière, le cercle est constitué par un anneau papuleux, tandis que dans l'herpès la circonférence n'offre pas de saillie; toute la surface de l'éruption est lisse et unie; ensuite les squames dures, argentées, cha-

(1) *Voy. article Chancre, t. Ier, p. 429 et 431.*

rait être tenté de combattre l'inflammation par des cataplasmes, par des lotions émollientes; il faut, au contraire, rejeter ces moyens, qui ont pour effet de macérer les vésicules, d'en faciliter le déchirement et de préparer ainsi au malade toutes les souffrances qui résultent de cet accident.

» Parmi les topiques dont l'emploi peut être utile, il faut citer l'*eau saturnine* employée en lotions, puis le *cérat quand les vésicules se sont ulcérées;* mais il en est un bien simple, que j'emploie depuis bien des années et qui m'a toujours donné de très bons résultats. Pour empêcher ou au moins atténuer autant que possible le déchirement des vésicules, je fais *oindre les points malades d'un peu d'huile douce*, puis je fais *saupoudrer avec de l'amidon sec*. Il en résulte une sorte d'enduit inerte qui abrite la vésicule et lui permet de suivre toutes ses phases sans être exposée à une cause de rupture; au contraire, elle se flétrit très rapidement, se sèche sur place, et la maladie se termine par résolution. »

Cette méthode est adoptée généralement aujourd'hui. En ajoutant qu'on emploie avec avantage quelques *lotions d'eau fraîche*, ou additionnée de quelques gouttes d'*acétate de plomb liquide* dans l'*herpes labialis*, des injections mucilagineuses émollientes pratiquées entre le prépuce et le gland dans l'*herpes præputialis*, quelques bains tièdes vers la fin de l'*herpès phlycténoide*, nous aurons indiqué les principales applications topiques qui conviennent dans les formes aiguës de l'herpès.

Collodion. — Nous ajouterons seulement que M. Briquet (1) assure que le *collodion*, appliqué de bonne heure sur les plaques du zona, arrête immédiatement leur marche et fait cesser toute douleur. Nous avons employé plusieurs fois cette médication, mais le succès n'a pas été aussi complet : les vésicules ont acquis, il est vrai, moins d'élévation, mais souvent elles se sont étendues en largeur; les douleurs ont été calmées, mais non complétement dissipées. Cependant il n'est pas douteux que le collodion, surtout quand on y ajoute 1 *gramme d'huile de ricin pour* 30 *grammes*, ce qui l'empêche de s'écailler, ne soit un très bon moyen protecteur pour les vésicules.

L'*herpès circiné* est combattu avec avantage, selon Bateman, par les *topiques astringents et légèrement stimulants*. M. Rayer préconise la *cautérisation légère avec le nitrate d'argent*. Ce moyen est rejeté par M. Cazenave, qui emploie avec avantage les *lotions légèrement acides*, *alcalines*, *alumineuses*. Pour hâter la résolution des plaques, ce dernier auteur conseille les onctions avec la pommade suivante :

℞ Calomel.............	2 gram.	Axonge...............	30 gram.

Mêlez.

La *cautérisation* des vésicules, pratiquée dans le but d'en abréger la durée et de diminuer les douleurs, est un moyen qui, dans beaucoup de cas, a l'inconvénient d'exaspérer et d'aggraver les symptômes. Elle est réservée, par beaucoup de médecins qui en redoutent l'usage, à quelques cas exceptionnels; mais M. Rayer, qui l'a tentée dans le zona, est arrivé à conclure que si, après avoir ouvert et épuisé les *vésicules*, on touche légèrement leur intérieur avec le nitrate d'argent, de manière

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 septembre 1850.

à produire seulement une petite croûte très superficielle, comme cela se pratique souvent pour les aphthes, la durée du zona est diminuée ; que la cautérisation, qu'on peut négliger dans les zonas légers et discrets, doit être employée toutes les fois que des excavations et des eschares sont à redouter sur un ou plusieurs groupes, au tronc, au visage, etc., etc.

2° *Traitement de l'herpès à l'état chronique.* — C'est dans les *formes chroniques* de l'herpès que les topiques sont le plus fréquemment mis en usage. Ainsi, dans quelques cas où l'*herpès phlycténoïde* se prolonge et résiste aux moyens ordinaires, M. Cazenave prescrit les *résolutifs*, l'emploi de la *pommade au calomel*, et même le *vésicatoire* sur le groupe vésiculeux. Dans l'*herpes præputialis chronique*, on conseille les *lotions alcalines*, les *bains alcalins et sulfureux*.

M. Cazenave dit s'être bien trouvé de l'emploi d'*onctions*, faites avec l'*oxyde de zinc*, ou le *précipité blanc* à la dose de 1 à 2 grammes pour 20 à 30 grammes d'axonge. Il joint à ces moyens, comme traitement interne, soit les *pilules de Plummer*, soit les *eaux d'Enghien*.

Les pilules de Plummer sont composées ainsi qu'il suit :

℞ Protochlorure de mercure Deutosulfure d'antimoine.	ââ part. égal.	Suc de réglisse.............. Q. s.

Faites des pilules de 0,10 grammes.

Quand il existe des excoriations entre le gland et le prépuce, on introduit dans cette région une petite quantité de *charpie fine*, qu'on humecte de temps à autre d'*eau fraîche* ou *saturnée*. Un petit *anneau d'éponge préparée*, introduit entre le gland et le prépuce, sera quelquefois nécessaire pour empêcher le resserrement progressif du prépuce et prévenir l'opération du phimosis. Biett et M. Cazenave ont employé ce moyen avec succès.

M. le docteur Wilson (1) a obtenu de très bons effets de l'emploi du *collodion* étendu sur les surfaces malades avec un pinceau.

3° *Traitement de l'herpès tonsurant.* — Nous citerons celui de M. Bazin (2) :

[Le traitement de la teigne tonsurante se composait, dans les idées de M. Cazenave, de lotions boratées, de pommade avec l'onguent citrin, le goudron, le tannin, le sulfure de chaux, etc. Il est certain qu'on peut obtenir la guérison de la teigne tondante sans épilation et par les moyens qu'indique M. Cazenave, mais la guérison est longue à obtenir et le traitement peut se prolonger pendant près d'une année.

Le traitement devra être exclusivement local en ce qui concerne la teigne tonsurante elle-même ; on ne devra pas négliger pourtant de combattre les compagnes habituelles de la teigne, la scrofule qui a favorisé le développement de la germination, la chlorose, la syphilis et la dartre.

Depuis l'année 1852, le traitement de M. Bazin consiste, pour la teigne tonsurante, comme pour les autres teignes : 1° dans l'avulsion plus ou moins répétée des

(1) *The Lancet* et *Répert. de Pharm.*, janvier 1849.

(2) *Cours de séméiotique cutanée. — Leçons théoriques* et pratiques sur la scrofule et les teignes. 1856.

poils sur les parties malades; 2° dans l'application des agents parasiticides, en onctions et en bains.

L'arrachement des cheveux et des poils se fait à l'aide de pinces épilatoires convenables.

Les agents parasiticides sont extrêmement nombreux. M. Bazin emploie de préférence le sublimé et le turbith minéral; le premier en lotions et en bains, le second en pommades.

La solution de sublimé pour lotion renferme 2 grammes de sublimé dissous dans l'alcool pour 500 grammes d'eau distillée. Il sera bon de chauffer l'eau avant la lotion à un degré aussi élevé que pourra l'endurer le malade. La pommade au turbith contient 1 gramme pour 50 grammes d'axonge. On y ajoute quelquefois un cinquième de glycérine.

C'est avec raison que M. Cazenave pense qu'il faut se défier des applications irritantes, telles que les pommades trop actives, les cautérisations, etc. Souvent elles convertissent les vésicules de l'herpès en pustules d'impétigo, et déterminent toujours une inflammation érythémateuse des parties voisines, le tout sans aucun bénéfice pour l'affection à guérir.]

Quant aux *moyens internes* qu'on emploie contre les diverses espèces d'herpès chroniques, ils n'ont pas une très grande valeur. Nous nous contenterons d'indiquer le suivant, recommandé par le docteur Jeoffroy (1) :

℞ Teinture d'iode.. 2 à 30 gouttes. | Eau sucrée.......... 1 demi-verre.

On commence par la dose de deux gouttes, qu'on augmente graduellement, et qu'on administre deux fois par jour.

ARTICLE III.

GALE.

Souvent confondue avec d'autres éruptions, la gale a été connue des anciens; on voit dans les savantes recherches de Dezeimeris (2) qu'on la trouve clairement indiquée dans les ouvragee des Grecs et des Romains. Mentionnée aussi par les auteurs arabes, elle n'a toutefois été bien décrite que par les modernes, dont les observations ont jeté une lumière nouvelle et sur sa nature et sur ses causes. La fréquence de la gale, sa propriété contagieuse, font un devoir au médecin de connaître tout ce qui a rapport à cette maladie; mais, fidèle au plan de cet ouvrage, nous n'insisterons que sur les détails qui intéressent plus particulièrement le praticien, c'est-à-dire sur le diagnostic et le traitement.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La gale est une éruption contagieuse, caractérisée par des vésicules légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, constamment accompagnées de prurit, transparentes à leur sommet, contenant un liquide séreux et visqueux, ayant principalement leur siége sur les plis des articulations des membres, dans les intervalles des doigts, sur l'abdomen, sur la verge, et de plus par la présence de petits sillons sous-épidermiques dans lesquels est logé l'*acarus scabiei*, et qui, tantôt partent des vésicules, tantôt en sont isolés.

(1) Voy. L. F. Froriep, *Notiz.* aus dm Gebiete der Natur und Heilkunde, Weimar, 1831.

(2) *Dict. de méd.*, art. GALE; Bibliog., t. XIII.

Consacrée par un long usage, la dénomination de *gale*, quelle que soit l'étymo-
gie qu'on lui donne, mérite d'être conservée; elle correspond au *psora* des ·ecs, à la *scabies* des Latins; c'est le premier genre des *dermatoses scabieuses* Alibert.

La *fréquence* de la gale est très grande, ce qui tient à la facilité avec laquelle e se transmet.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. — L'adolescence et l'âge adulte sont les époques de la vie où l'on ren-ntre le plus de galeux; c'est, en effet, à cet âge qu'on trouve le plus d'individus ns les conditions qui favorisent les développements de cette affection, qui attaque ssi les enfants et les vieillards.

Le *sexe masculin* en est plus souvent atteint que le sexe féminin; mais cela ne nt nullement, sans aucun doute, au sexe lui-même, et c'est aux habitudes des jets qu'il faut rapporter cette préférence. Ce qui le prouve, c'est que, d'un autre té, on a placé parmi les causes prédisposantes le *tempérament lymphatique*.

La gale se développe dans toutes les *saisons*, dans tous les *climats*.

La *misère*, la *malpropreté*, l'encombrement ou seulement la réunion d'un cer-in *nombre d'individus*, comme cela arrive dans les armées, les hôpitaux, les pri-ns, sont les circonstances les plus favorables à son développement.

Les *professions* de cordonniers, tailleurs, marchands ambulants, sont celles qui, ans les hôpitaux consacrés à cette affection, fournissent le plus de galeux; mais, omme le fait remarquer Biett (1), c'est uniquement parce que le nombre des dividus qui exercent ces métiers est incomparablement plus grand que celui des atres ouvriers.

2° Causes occasionnelles.

La gale ne se développe pas spontanément; les opinions de certains patholo-istes, tels que Fabrice de Hilden, Rivière, et, dans ces derniers temps, M. De-ergie (2), qui pense que, dans certaines circonstances, cette affection peut paraître spontanément comme crise de certaines maladies aiguës ou chroniques ale *critique*), n'ont pas été confirmées par la presque généralité des observa-urs modernes. La gale se contracte par le *contact* immédiat des individus ou des bjets infectés. L'insecte appelé *acarus scabiei* est l'élément essentiel de la con-gion.

De longs détails sur le *sarcopte* qui engendre la gale ne sauraient trouver place ns un ouvrage de la nature de celui-ci; nous n'en dirons que ce qu'il importe de nnaître pour éclairer l'étiologie et quelques points de thérapeutique, renvoyant, ur de plus amples renseignements, aux ouvrages de MM. Rayer (3), Raspail (4),

(1) *Dict. de méd.*, t. XIII, art. GALE.
(2) *Bull. gén. de thérap.*, 1847.
(3) *Traité théor. et prat. des malad. de la peau*. Paris, 1835, t. I, p. 455.
(4) *Mém. compar. sur l'hist. nat. de l'insecte de la gale*; in Bull. gén. de thérap., t. VII
- *Nouv. syst. de chimie organique*. Paris, 1838, in-8, t. II, p. 598, pl. XV.

Gras (1), Aubé (2), Cazenave et Schedel (3), et aux recherches de MM. Bourgui gnon et Delafond (4), Piogey, Bazin (5), Hardy.

Admis par Avenzoar dès le XIIe siècle, puis longtemps oublié, l'*acarus* f successivement décrit par Haffenzefer, Cestoni, Joubert, Mouffet, et classé par l naturalistes Linné, Latreille. Cependant, en 1812, on doutait encore de son exi tence, quand M. Galès, répétant ses expériences sur plus de trois cents galeux l'hôpital Saint-Louis, parut en démontrer la présence d'une manière incontestabl Alibert (1813) et Biett (1818), cherchant, comme l'indiquait M. Galès, l'insec dans les vésicules, ne le trouvaient pas, et les investigations consciencieuses de c deux observateurs avaient remis en doute les résultats de M. Galès, quand, e 1834, M. Renucci, élève en médecine, démontra à l'hôpital Saint-Louis la manièr de découvrir l'acarus. Dans la Corse, son pays, il avait vu maintes fois les femm extraire l'acarus, et il l'avait souvent extrait lui-même. Il fit voir que ce n'éta pas dans la vésicule qu'il fallait le chercher, mais bien dans le fond d'un sillon qu en part, et que l'insecte trace sous l'épiderme. Bientôt on se rappela que Mouffe il y a plus de deux cents ans, avait dit que les cirons ne se trouvent pas *dans l pustules,* mais *à côté d'elles;* que J. Adams (6) avait clairement indiqué cett particularité dans un ouvrage où il donne deux bonnes figures de l'*acarus*. Depu cette époque, l'existence du sarcopte de la gale n'a plus été un instant douteus et les travaux que nous avons mentionnés plus haut ont eu pour objet une histoi plus complète de l'insecte, sa conformation, ses mœurs, et le rôle qu'il doit jou dans l'étiologie de la maladie qui nous occupe.

L'acarus est un insecte arachnoïde d'un demi-millimètre environ de diamètr il est d'un blanc opalin, transparent, de forme arrondie et presque circulaire; s corps, dont la surface est couverte de stries linéaires, est garni de huit patte quatre antérieures et quatre postérieures. On dirait une petite tortue pourvue sa surface d'appendices filiformes. Pour le trouver, il faut savoir qu'à l'extrém libre des sillons qui aboutissent par l'autre extrémité à une vésicule, ou qu'à l'u ou l'autre des extrémités des sillons isolés, l'épiderme est un peu soulevé, et qu y a dans cet endroit un petit point brunâtre. C'est dans ce point qu'il faut cherch l'insecte : on introduit obliquement la pointe d'une épingle sous l'épiderme, renverse la lame épidermique soulevée, et au-dessous on aperçoit un petit co blanc qui s'attache très facilement à la pointe de l'instrument; on l'extrait et on place sur une lame de verre : ce petit corps blanc et arrondi, c'est l'acarus. L'i secte reste d'abord immobile : après quelques minutes, il agite ses pattes, et bient marche rapidement.

D'après les observateurs les plus récents, ce n'est que dans les sillons et jam dans les vésicules qu'on rencontre l'acarus, qui occupe toujours une des extr mités du canal sous-épidermique qu'il s'est creusé. Les expériences de M. Au l'ont conduit à conclure que l'acarus est un insecte *nocturne*, qui, ne trouvant p

(1) *Rech. sur l'acarus ou sarcopte de la gale de l'homme.* Paris, 1834.
(2) *Considér. gén. sur la gale et sur l'insecte qui la produit.* Thèse, 1836.
(3) *Abrégé prat. des malad. de la peau*, 1838.
(4) *Bulletin de l'Acad. de médecine.* Paris, 1857, t. XXIII, p. 110, 145.
(5) *Rapport au directeur général* de l'assistance publique, juin 1850.
(6) *On morbid poisons*, in-4. London, 1807.

ne retraite assez sûre dans les plis de la peau ni dans les poils qui la recouvrent, se creuse un abri sous l'épiderme, et c'est dans cette espèce de terrier qu'il se tient caché tout le jour; la nuit, pour pourvoir à sa subsistance, il abandonne sa retraite, parcourt tout le corps, l'attaque sur plusieurs points, et chacune de ses morsures produit une petite vésicule. Au point du jour, l'insecte rentre dans son gîte.

Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, nous poserons cette question : *L'acarus est-il la cause essentielle de la gale?* De ses recherches, M. Aubé a tiré les conclusions suivantes : 1° la gale est une affection symptomatique, produite par la présence d'un insecte arachnoïde appelé *sarcoptes hominis;* 2° elle n'est contagieuse que par la transmission de cet insecte; 3° la contagion est fréquente la nuit, rare le jour; 4° la médication ne doit avoir qu'un seul but, la mort de l'insecte et de ses œufs.

Ces conclusions, auxquelles conduisent également les travaux de MM. Gras, Renucci (1), Bourguignon et Delafond (2) et Piogey, n'ont pas paru à Biett, MM. Rayer, Cazenave et Schedel devoir être adoptées dans toute leur rigueur. Ces deux derniers leur ont opposé quelques objections que les auteurs du *Compendium de médecine pratique* (3) ont cherché à réfuter.

En somme, aujourd'hui l'immense majorité des médecins se range à l'opinion des auteurs qui ont étudié avec soin l'acarus. M. Devergie (4) s'appuyant sur quelques faits dans lesquels, une maladie étant survenue, la gale a disparu pour reparaître dans la convalescence, croit encore, il est vrai, à la génération spontanée. Mais ces faits ne sont pas décisifs, car on peut parfaitement concevoir que les acarus se soient engourdis pendant la maladie, et même que les œufs aient été arrêtés dans leur développement. Ne voyons-nous pas des animaux de ce genre passer une et même plusieurs années dans cet état?

Enfin, dans des considérations intéressantes sur cette maladie, M. Chausit (5), interprète de M. Cazenave, dont l'opinion est aujourd'hui bien arrêtée, a combattu la manière de voir de M. Devergie sur le *développement spontané* de la gale et a montré que c'est uniquement à la transmission de l'acarus qu'il faut l'attribuer.

La gale des animaux ne peut pas se communiquer à l'homme.

§ III. — Symptômes.

C'est dans les points du corps mis en contact avec un sujet affecté, et en particulier les poignets, les intervalles des doigts, qu'apparaissent les premiers symptômes. Chez les individus dont la peau des mains est endurcie, comme les forgerons, ceux qui travaillent aux acides concentrés, etc., c'est de préférence sur les bras, sur les aisselles, sur le ventre, sur la verge, qu'on les rencontre; c'est à la paume des mains chez les tailleurs, qui se servent de coussins de carreau communs à tous les ouvriers d'un atelier; aux fesses chez les enfants à la mamelle, ces par-

(1) Thèse. Paris, 1836.
(2) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1857, t. XXIII.
(3) Tome V, art. INSECTES.
(4) *Bull. gen. de thérap.*, février 1847.
(5) *Traité élémentaire des maladies de la peau.* Paris, 1853, p. 386.

ties étant en contact avec les mains et les avant-bras des nourrices. Ajoutons toutefois que, d'après les recherches de M. Piogey, on en trouve fréquemment sur toutes les autres parties du corps.

Les symptômes consistent d'abord en un *prurit* léger, qui augmente d'une manière notable vers le soir, et qui devient surtout intense pendant la nuit. La chaleur du lit, les boissons alcooliques, tout ce qui accélère la circulation, le rendent plus violent.

Bientôt apparaissent des *vésicules* plus ou moins nombreuses; elles sont petites, discrètes, acuminées, transparentes à leur sommet. Si on les ouvre, il s'en écoule une sérosité transparente et visqueuse. Leur nombre est variable. En hiver, chez les individus faibles, âgés, il n'en existe guère que sur les points qui ont été soumis au contact; ainsi, on en voit quelques-unes disséminées entre les doigts, au poignet. L'été, au contraire, chez des individus sanguins ou lymphatiques, chez les femmes, les enfants, elles paraissent très nombreuses. L'éruption peut s'étendre à presque tout le corps; toutefois, *elle respecte toujours la face et le cuir chevelu.*

Le *prurit*, dont l'intensité s'accroît avec l'abondance des vésicules, devient bientôt insupportable; les malades se grattent, déchirent les vésicules, dont le liquide s'épanche et se concrète en petites croûtes minces, peu adhérentes. Quelquefois les galeux se grattent avec tant de violence, qu'ils font saigner le derme dénudé au fond des vésicules; il se forme alors de petites croûtes sanguines semblables à celles du *prurigo.*

Les vésicules, qui ordinairement sont le premier symptôme local après le prurit, peuvent être précédées par des *sillons;* ceux-ci se présentent sous la forme de lignes ponctuées, noirâtres, longues de quelques millimètres; ce sillon a deux extrémités, une ouverte, déchiquetée, par où l'acarus a pénétré, et une autre fermée où l'on voit un point blanc, c'est l'acarus; parfois ils sont isolés, et il n'est pas rare de rencontrer des vésicules sur leur trajet et dans le voisinage. Les *vésicules isolées*, développées sur des points où il n'existe pas de sillons, se montrent surtout sur le tronc, les avant-bras, les cuisses : elles sont fort rares aux pieds et aux mains. Il est inutile d'ajouter que, pour retrouver ces caractères, il faut examiner le malade avant qu'il ait subi aucun traitement et que les frottements aient détruit les vésicules ou les sillons.

Dans quelques cas, chez des individus robustes, sanguins, pléthoriques, qui vivent dans la malpropreté, se grattent avec violence, ou font abus des excitants, l'*inflammation du derme* devient beaucoup plus intense. On voit apparaître, au milieu des vésicules psoriques, des pustules tantôt petites, discrètes, comme celles de l'*impétigo*, tantôt à base enflammée, larges comme celles de l'*ecthyma;* quelquefois ce sont des papules plus ou moins nombreuses, semblables à celles du *lichen.* Ce sont ces complications qui ont porté à admettre une *gale pustuleuse*, une *gale papuleuse*, une *grosse gale*, etc., etc.; ces divisions doivent être rejetées. Biett, MM. Rayer, Cazenave et Schedel ne reconnaissent qu'une seule espèce de gale; quelquefois on trouve des furoncles et même des abcès compliquant l'éruption principale.

§ IV. - Marche, durée, terminaison de la maladie.

Marche. — Comme toutes les maladies contagieuses, la gale a une *période d'in-*
bation : la durée de cette période varie. Selon MM. Cazenave et Schedel, *chez*
enfants faibles et mous, elle est de quatre à cinq jours; elle est plus longue de
ux jours seulement s'ils sont très forts et très sanguins. *Chez les adultes*, cette
riode est de huit à douze jours au printemps et dans l'été, et de quinze à vingt
ns l'hiver. Enfin elle est plus longue *chez les vieillards*, et plus encore chez les
lividus placés sous l'influence d'une phlegmasie de quelque organe interne.

Dans les climats méridionaux, remarque Biett (*loc. cit.*), dans l'été et le prin-
nps, la gale se développe et marche avec plus de rapidité que dans le Nord, en
ver et en automne.

Les cas de *rétrocession*, de *métastase*, de *répercussion* de la gale, dont les au-
irs nous ont laissé de sombres tableaux, ne sont rien moins que concluants; les
teurs modernes, plus instruits dans le diagnostic et moins prévenus par des idées
éoriques, n'en ont pas signalé un seul; c'est ce que nous apprend la lecture des
ivaux d'Alibert, Biett, MM. Cazenave, Rayer, Gibert.

La *durée* de la gale est indéfinie. Cette affection, abandonnée à elle-même,
ut persister des années et même toute la vie. Elle ne guérit jamais spontané-
ent. Traitée par les méthodes ordinaires, sa *durée* varie de six à vingt jours.
ous verrons plus loin que par les frictions générales telles que les font faire
M. Bazin et Hardy on abrége considérablement cette durée.

La gale, qui ne guérit jamais spontanément, ne se *termine* non plus jamais par
mort. Sa transformation en une autre maladie est loin d'être démontrée, et on
l'admet guère aujourd'hui.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les détails dans lesquels nous sommes entré à l'occasion de la contagion nous
pensent de rien ajouter ici.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la gale, comme celui de toute affection contagieuse, a une
inde importance; la moindre erreur a ses dangers, et pour la réputation du mé-
cin et pour la sécurité des malades. La présence de l'*acarus*, quand on parvient
constater, ne laisse aucun doute sur l'existence de la maladie; c'est le signe
hognomonique. Lorsqu'on ne le trouve pas, soit que l'exploration ait été insuf-
nte, soit que la gale ait déjà une longue durée et que l'animal ait disparu, etc.,
ut chercher d'autres signes.

Les *sillons*, qui ne peuvent avoir été creusés que par l'acarus, qu'ils soient isolés
qu'ils aboutissent aux vésicules, sont un indice certain de la nature de l'affection.

La difficulté, dans un grand nombre de cas, de trouver les vésicules intactes,
c les caractères que nous leur avons assignés, met le médecin dans l'embarras
ind il n'a pour asseoir son diagnostic ni les sillons, ni l'acarus, et qu'il n'a sous
yeux que des surfaces déchirées par un grattage irrésistible : le doute, dans ces
, est inévitable.

Les affections cutanées avec lesquelles on pourrait confondre la gale sont le
urigo, le lichen simplex et l'eczéma.

On évitera l'erreur, en se rappelant que, dans le *prurigo*, la lésion élémentaire est une *papule;* que cette affection a pour siége habituel, le dos, les épaules et les membres *dans le sens de l'extension;* que les papules, presque toujours déchirées, présentent à leur sommet un petit caillot sanguin desséché noir ou noirâtre, tandis que les *vésicules* de la gale, siégeant ordinairement dans le sens de la flexion, sont, après avoir été déchirées, surmontées d'une petite squame mince, jaunâtre.

Le *lichen*, constitué par des *papules* ordinairement très rapprochées, conservant la teinte de la peau, occupe, quand il siége aux mains, la face dorsale et non l'intervalle des doigts. Aux membres, il recouvre ordinairement les faces externes, et le prurit est médiocre. Ces caractères diffèrent assez de ceux de la gale pour que la confusion soit facile à éviter.

Nous avons donné, à l'article *Eczéma*, le diagnostic différentiel de la gale et de cette affection. Nous ne le reproduirons pas ici ; nous n'ajouterons qu'une remarque faite par MM. Cazenave et Schedel, elle nous paraît d'une assez grande importance pratique. « On voit quelquefois, disent ces auteurs, des individus qui, depuis le moment où ils ont contracté la gale, éprouvent tous les ans une éruption vésiculaire. Il est inutile d'ajouter que ce n'est pas la gale : c'est un eczéma, et, le plus souvent, un *eczema simplex.* »

Pronostic. — La gale, par elle-même, est une maladie légère. Les complications d'ecthyma, d'impétigo, etc., tout en aggravant la maladie, ne la rendent jamais dangereuse.

§ VII. — Traitement.

D'après ce que nous savons aujourd'hui de la nature et de la cause de la gale, le traitement sera facilement établi et sera tout local.

Longtemps déjà avant qu'on attribuât la maladie à la présence de l'acarus, on la traitait par des moyens purement locaux. Aussi trouvons-nous dans la science une foule innombrable de médicaments et de formules préconisés pour la cure de l'affection psorique. Parmi les modernes, Biett a soumis à des expériences comparatives quarante et un de ces moyens, et, dans son article, il nous a donné le résultat auquel il est arrivé pour les principaux d'entre eux. Mais, il faut le dire, pour les médicaments expérimentés par Biett comme pour ceux vantés par la plupart des auteurs, les résultats qu'ils proclament ne sauraient satisfaire pleinement, et il est impossible de se prononcer d'une manière bien précise sur la valeur de quelques-uns d'entre eux. Cela se conçoit facilement, puisqu'on ignore si, dans les expériences, on a tenu compte de l'ancienneté, de l'étendue, de l'intensité du mal; de l'âge, de la constitution des malades ; de la saison, du climat, etc., etc., circonstances qui ont par elles-mêmes une influence bien évidente sur la durée de l'affection. Aujourd'hui, d'ailleurs, ces études, ont bien perdu de leur importance, puisqu'on a trouvé le moyen de guérir la gale en quelques heures.

Soufre. — C'est le remède le plus employé; on le trouve dans presque toutes les formules qui ont eu quelque réputation ; on l'a administré sous toutes les *formes, seul* ou associé à d'autres médicaments. Voici les principales :

Pommade soufrée.

re sublimé......	1 à 6 gram.	Axonge..................	30 gram.

s, deux fois par jour.

e d'Helmerich. — Cette pommade, qui a joui d'une grande vogue, ngtemps parmi les remèdes secrets. En 1824, M. le docteur Burdin (1) ître la composition, qui est la suivante :

re sublimé.......	2 parties.	Axonge................	8 parties.
sse purifiée......	1 partie.		

lin ajoute qu'elle guérit en deux jours lorsqu'on l'applique comme il

avonneux pour préparer le malade au traitement ; 2° trois frictions par devant le feu, avec 32 grammes de la pommade ; bain savonneux pour peau.

es les méthodes, disent MM. Cazenave et Schedel, celle qui réussit le nment, le plus promptement et qui détermine le moins souvent des ccidentelles, c'est celle d'*Helmerich* modifiée et employée presque ex- depuis plusieurs années par Biett. Voici cette formule :

Pommade d'Helmerich modifiée par Biett.

sublimé.........	2 parties.	Axonge.................	8 parties.
rbonate de potasse.	1 partie.		

les faire au malade, matin et soir, sur tous les points qui sont occupés par des frictions de 15 grammes chacune. On fait prendre au malade un bain simple , ou seulement tous les deux jours. La durée moyenne du traitement est de

e de Laubert. — La méthode de Laubert consiste à faire deux fois s frictions avec 4 grammes de la pommade suivante :

....	16 parties.	Axonge....................	Q. s.
yde de plomb.....	1 partie.		

que cette pommade a l'avantage de calmer le prurit, mais qu'elle irrite e doit être employée que chez les individus jeunes, vigoureux, affectés de et récente. M. Mélier a donné la formule (2) d'une pommade par laquelle la durée moyenne du traitement a été de treize jours.

Pommade de M. Mélier.

carbonate de soude.	64 gram.	Huile d'olives..........	128 gram.
....	32 gram.	Fleur de soufre.........	128 gram.

le du docteur Helmerich. Paris, 1822.
les sc. méd., 1825.

Depuis une dizaine d'années, on se sert dans les hôpitaux militaires de la Belgique d'une pommade qui, au rapport de M. Florent-Cunier (1), n'irrite que modérément la peau et n'exige qu'un traitement dont la durée moyenne est de sept jours. En voici la formule :

Pommade belge.

℞ Fleur de soufre.......	⎱ ââ 3 kilog.	Eau de pluie.............	50 kilog.
Chaux vive...........	⎰		

Mettez le tout dans une chaudière de fonte, et épuisez par l'ébullition jusqu'à la densité de 10 degrés.

La *poudre de Pyhorel*, qui paraît avoir eu, dans les mains de son auteur, des résultats très favorables, est également recommandée par Biett, qui l'a employée avantageusement. Le remède est du *sulfure de chaux* simplement broyé, auquel on ajoute une petite quantité d'huile d'olives au moment de l'employer. Les malades se servent de 2 *grammes de sulfure pour chaque friction*, qu'ils font *deux fois par jour sur la face palmaire des deux mains.*

Lotions de Dupuytren. — Cette méthode consiste à *laver deux fois par jour les parties malades avec la solution suivante* :

℞ Sulfure de potasse...	120 gram.	Eau.................	750 gram.

Dissolvez. Ajoutez :

Acide sulfurique.............................. 15 gram.

Ces lotions ont été aussi vantées par Percy, qui en a obtenu des avantages marqués. Biett les a trouvées un peu irritantes, il ne les conseille que pour les sujets robustes; il leur préfère les *lotions d'Alibert*, qui ne diffèrent des précédentes que par des proportions plus faibles des substances qui en font la base. M. Rayer préconise les lotions suivantes :

Lotions de M. Rayer.

℞ Sulfure de potasse.....	30 gram.	Acide chlorhydrique......	30 gram.
Eau de rivière........	500 gram.	Eau distillée............	500 gram.

Versez 30 grammes de cette liqueur dans 125 grammes d'eau chaude.

Les *bains sulfureux*, expérimentés par M. Jadelot (2) et par Biett, qui en a fait un fréquent usage à l'hôpital Saint-Louis, procurent une guérison assez prompte et n'entraînent jamais d'accidents. La durée moyenne du traitement est de vingt à vingt-cinq jours. Quant aux *fumigations sulfureuses*, elles ne jouissent plus de la vogue qu'elles ont eue dans ces derniers temps. La longueur plus grande de ce traitement qui ne peut être supporté par beaucoup d'individus, l'a fait abandonner presque entièrement. On pratiquait ces fumigations avec l'appareil de Darcet. La quantité de soufre à brûler ne dépassait pas 8 à 12 grammes, et la température ne

(1) *Bull. gén. de thérap.*, t. XVI, p. 141.
(2) *Bull. de la Faculté de méd.* de Paris, 1813.

vait pas s'élever au-dessus de 50 à 52 degrés (Réaumur). La durée de chaque migation était de 30 à 35 minutes (Biett).

Mercure. — Les préparations mercurielles ont été longtemps employées dans traitement de la gale. On a reconnu qu'elles déterminent souvent des éruptions cidentelles; qu'elles peuvent occasionner la salivation, des glossites intenses, et ı'enfin, lorsqu'on a eu recours à elles, la durée du traitement a été notablement us longue. MM. Cazenave et Schedel proposent de les remplacer par des moyens lus doux : ils proscrivent surtout la *pommade citrine* et la *quintessence antipsoique*, qui paraît avoir pour base le sublimé. Indiquons la *pommade de Werlof*, ui a été expérimentée par Biett. Elle est composée comme il suit :

℞ Protochlorure de mercure. 1 partie.	Onguent rosat............ 8 parties.

Iode. — M. Cazenave fait usage de *lotions iodurées* qui lui ont donné douze jours pour moyenne du traitement chez les hommes, et neuf chez les femmes. Voici la composition :

℞ Iode................ 2 gram.	Eau................ 1000 gram.
Iodure de potassium... 10 gram.	

Faire trois lotions par jour.

Plomb. — A en croire le docteur Leson (1), la gale aurait cédé en un espace de temps dont la moyenne n'aurait été que de six jours, chez les sujets traités par la méthode suivante : Faire *deux frictions par jour* avec 16 grammes pour chacune d'elles du mélange suivant :

℞ Litharge............. 32 gram.	Huile d'olives........... 128 gram.

Mettez sur un feu doux, et remuez jusqu'à ce que la litharge soit bien dissoute.

Chlore. — MM. Derheins et Fantonetti (2) ont préconisé l'emploi du *chlorure de chaux*; ils assurent que la guérison a eu lieu du sixième au dixième jour, en faisant *trois ou quatre lotions par jour avec la solution suivante :*

℞ Chlorure de chaux.. 48 à 96 gram.	Eau.................. 500 gram.

Ellébore. — La poudre de racine d'ellébore a joui longtemps d'une grande réputation ; elle fait partie de plusieurs pommades antipsoriques, telles que celles de Pringle, où elle se trouvait associée au soufre et au sel ammoniac. Biett a expérimenté isolément l'ellébore, et les quarante malades qu'il a soumis à ce traitement n'ont éprouvé aucun accident notable ; la durée de la médication a été de treize jours et demi. Il se servait de la formule suivante :

℞ Poudre de racine d'ellébore blanc. 4 gram.	Axonge................ 32 gram.

Mêlez.

(1) *Bull. gén. de thérap., t. IX, p. 31.*
(2) *Bull. gén. de thérap., t. III.*

[redacted]

Plantes aromatiques — M. Cazenave (1), à l'aide des *lotions de thym*, a obten des résultats avantageux : la moyenne du traitement ne fut que de douze jours Les lotions étaient composées comme il suit :

℞ Thym	60 gram.	Vinaigre	250 gram.
Eau bouillante	1000 gram.		

Mêlez. Faire trois lotions par jour.

M. Cazenave a préconisé aussi les lotions suivantes :

℞ Feuilles et tiges de menthe.	ââ 4 gram.	Essence de citron	4 gram.
de romarin		Alcool rectifié	1000 gram.
de lavande		Eau	5000 gram.

Incisez les plantes, faites-les macérer dans l'alcool pendant dix jours, et filtrez.

M. Bourguignon (2) préfère la pommade suivante qui, d'après ses expériences, a tué les acarus et guéri la gale en quatre jours.

℞ Poudre de staphisaigre.	300 gram.	Graisse bouillante	500 gram.

Versez la poudre dans la graisse, et mêlez ; puis passez à travers un tamis grossier. Fair six frictions par jour.

Signalons encore les *pommades acides* d'Alyon (*acide nitrique*) et de Crollius le *tabac* employé par Boerhave et expérimenté par M. Mêlier ; le *goudron*, dot Alibert (3) dit avoir retiré de bons effets ; le *camphre*, l'*ammoniaque*, essayés pa M. Mêlier ; les *liniments* de Valentin et de M. Jadelot ; les lotions d'*acide sulfuriq* étendu (30 à 40 parties d'eau, 1 partie d'acide), employées par le docteur Lai sur six cents galeux (4) avec une moyenne de huit jours de traitement ; l'*huil d'olives* en frictions, recommandée par Delpech et employée avec peu de succ par Biett ; l'*essence de térébenthine*, proposée par M. Aubé comme possédant l propriéte *acarotoxique* ; la *staphisaigre*, vantée par M. Ranque (5), et employé en lotions ; le *savon*, également employé en lotions par Thomann et Hel merich (6), etc., etc. Enfin, M. Pentzlin (7) a indiqué une formule que voici :

℞ Poix liquide	2 parties.	Beurre salé	2 parties.

Faites fondre ensemble ; ajoutez :

Sous-carbonate de potasse .... 1 partie.

Quelle que soit la méthode qu'on adopte, il faut suspendre tout traitement, si quelque éruption accidentelle vient compliquer la gale, et administrer aux malade

(1) *Bull. gén. de thérap.*, t. XX, 1841, p. 112.
(2) *Revue méd.*, janvier 1847.
(3) *Bull. de thérap.*, t. IX.
(4) *Bull. de l'Acad. roy. des sciences*, 20 septembre 1634.
(5) *Mém. et obs. clin. sur un nouv. procédé.* Paris, 1811.
(6) *Journal gén. de méd.*, 1813.
(7) *Journ. der Chir. and Augenheilk*, Graefe und Walther, 1838.

les boissons délayantes ou un peu acidules. Si la gale s'accompagne d'une inflam
mation marquée du derme, Biett recommande l'emploi des antiphlogistiques ; quand
irritation est apaisée, il a recours aux bains sulfureux, qui lui ont paru le moyen l
plus avantageux. Pour assurer la guérison et prévenir la récidive, MM. Cazenav
et Schedel conseillent de *désinfecter les vêtements*, surtout ceux de laine, par u
courant de gaz acide sulfureux, et de continuer pendant quelques jours l'usage de
bains simples.

Récemment, M. Bazin (1) a établi en principe que les *frictions doivent êtr pratiquées sur tout le corps*, et que c'est là le point capital du traitement. Tous le moyens proposés pour la guérison de cette maladie arrivent à ce but en un pe plus ou un peu moins de temps, mais toujours avec une grande rapidité, si l'on soin de frictionner tout le corps. Les préparations auxquelles M. Bazin donne l préférence sont la pommade d'Helmerich, qui guérit la gale en deux frictions lors que la maladie est simple, l'huile de goudron ou la pommade de Bajard dans le gales compliquées d'eczéma, d'ecthyma et d'impétigo. Ce médecin est arrivé mêm à cette conclusion importante qu'en faisant des frictions générales, on peut se ser vir d'un *corps gras quelconque*, sans que le traitement soit très notablement pro longé, et qu'on guérit, de cette manière, la gale toujours beaucoup plus rapide ment que par les procédés ordinaires ; car les malades qui auparavant avaient be soin de douze à quinze jours pour compléter leur traitement, ont été guéris d cette manière dans l'espace de deux à trois jours.

M. Hardy emploie une médication encore plus prompte ; il guérit en moins d deux heures :

Dès que le malade arrive, on lui frotte tout le corps pendant une demi-heur avec du savon noir, et ce nettoyage a déjà pour effet de rompre quelques-uns de sillons où se loge l'acarus ; puis un bain simple d'une heure est administré, qui ra mollit l'épiderme, et dans lequel le galeux continue à se frotter ; après le bain, un friction générale d'une demi-heure est faite. Le traitement dure en tout deux heure

La pommade dont se sert aussi M. Hardy ressemble, mais n'est pas identiqu avec la pommade d'Helmerich. Celle du médecin de Saint-Louis est moins irritant et se compose de :

Axonge	300 gram.	Sous-carbonate de potasse. .	25 gram.
Soufre	50 gram.		

Dans la pratique de la ville il sera souvent difficile de faire ce traitement : on peu alors faire frictionner le malade avec des essences étendues d'eau ou de glycérin (glycérine, 200 grammes, essence de menthe ou de lavande 3 à 4 grammes).

Des bains simples dissipent ordinairement, au bout de quelques jours, les érup tions secondaires qui accompagnent la gale.

« Quatre cents malades, dit ce médecin, ont été soumis à ce traitement ; la gu rison a été obtenue rapidement chez tous, excepté chez quatre, dont deux étaie des enfants qui s'étaient frottés incomplétement ; la gale a reparu, ainsi que ch deux autres. Peut-être chez ces derniers avait-elle été contractée de nouveau. »

(1) *Nouveau mode de trait. de la gale* (*Union méd.*, 9 juillet 1850).

[Il ne faut cependant employer les agents parasiticides que quand l'acuité de éruptions inflammatoires concomitantes a presque complétement disparu sous l'in fluence des antiphlogistiques généraux et locaux.]

Ce traitement un peu modifié a donné, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou des résultats tellement avantageux que, conformément au Rapport fait par le con seil de santé des armées (1), on a établi dans tous les corps de troupes le traitemen unique suivant :

Le malade prend un bain de trois quarts d'heure, et se frictionne fortement tou le corps avec du savon noir ; immédiatement au sortir du bain savonneux, frictio générale pendant vingt minutes avec la pommade d'Helmerich (de 70 à 100 gram mes). Après six heures de repos, nouvelle friction générale, puis le malade pren un bain tiède qui complète le traitement.

M. le docteur Millot (2) a employé les frictions générales avec le plus gran succès, mais en se servant d'une pommade qui est plus facile à préparer qu la pommade d'Helmerich, et qui permet une guérison plus prompte. M. Mill tient ce procédé de M. le docteur Legrand (de Nello). Voici en quoi il con siste :

Le soir en se couchant, se lotionner le corps avec de l'eau de savon, de manièr à bien nettoyer les parties sales et préparer la peau aux frictions qui vont êtr faites.

Vers les quatre heures du matin se frictionner le corps, et surtout aux endroits où les boutons sont plus apparents, où les démangeaisons sont plus vives, avec une portion de la pommade suivante :

℞ Axonge.............	125 gram.	Chlorure de sodium commun. 4 gram.
Fleur de soufre.......	16 gram.	

F. s. a. une pommade ; divisez en quatre parties.

Avec une deuxième partie, le malade se frictionnera, comme la première fois, six heures après la première friction, c'est-à-dire à dix heures.

A quatre heures de l'après-midi, troisième friction avec le troisième paquet.

Enfin, six heures encore après la troisième friction, vers dix heures du soir, par conséquent, quatrième et dernière friction.

Le malade se couche alors dans la chemise qu'il avait pendant la journée, et le lendemain matin, en se levant, il se lotionne de nouveau tout le corps avec de l'eau de savon comme la veille.

C'est là tout le traitement, et le malade est guéri. Seulement, par propreté, pendant le cours de la seconde journée, on fait prendre un bain simple ; puis on re commande au malade de mettre au four chaud les vêtements qu'il portait avant le traitement. Mieux vaut cette précaution que de les laver, on est plus sûr de dé truire l'acarus.

(1) Michel Lévy, *Rapport sur le traitement de la gale, adressé au ministre de la guerr* Paris, 1852, in-8.

(2) *Union méd. : Sur le trait. de la gale*, 10 septembre 1850.

CHAPITRE III.

AFFECTIONS BULLEUSES.

s affections bulleuses ne diffèrent guère des affections vésiculeuses dont nous ; donné l'histoire dans le chapitre précédent, que par l'étendue du soulèvement épiderme et par la grande quantité de sérosité qui s'amasse au-dessous. Aussi eux ordres d'affections cutanées doivent-ils être rapprochés dans les descrip-

s affections bulleuses sont caractérisées par de larges soulèvements de l'épi-ie, et par l'accumulation, entre cette membrane et le derme, d'une sérosité parente, ou bien d'un liquide séro-sanguinolent ou séro-purulent.

ous n'aurons à décrire, sous ce titre, que le *pemphigus* et le *rupia*, la syphi-bulleuse, qu'on a rapprochée de ces espèces, ayant trouvé place dans un cha-spécial consacré aux éruptions syphilitiques de la peau.

ARTICLE Ier.

PEMPHIGUS.

histoire du pemphigus a reçu, dans ces dernières années, quelques développe-ts nouveaux et intéresssants. Willan et Batteman, et après eux J. Plumbe (1), ent décrit, sous le nom de *pompholix diutinus*, le pemphigus chronique, t son existence à l'état aigu, bien que Gilibert (2) en eût présenté un bon bre de cas bien observés; mais Biett admit avec Gilibert l'existence du pem-us aigu, et les travaux de M. Cazenave, tout en confirmant les idées de Biett, ajouté de nouveaux renseignements à l'histoire de cette affection. Nous décrirons c, avec les auteurs modernes, Biett, MM. Rayer, Cazenave, etc., le pemphigus et le pemphigus chronique; nous mentionnerons à part le *pemphigus des veau-nés*, qui mérite une description spéciale.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le pemphigus (de πέμφιξ, *bulle*) est une maladie caractérisée par le développe-nt d'un plus ou moins grand nombre de bulles sur des surfaces rouges et en-mées; ces bulles, dont l'apparition s'accompagne d'un certain sentiment de leur, quelquefois même de douleur, consistent en des soulèvements de l'épi-me, distendus par une sérosité d'abord limpide, puis jaunâtre, qui se déchirent lement et donnent lieu à des excoriations ou à des croûtes minces, foliacées, s la chute desquelles il reste une empreinte fauve qui persiste encore quelque ps.

) *A practic. treatise on diseases of the skin*. London, 1824.
) *Monogr. du pemphigus*. Paris, 1813.

Les auteurs ont décrit le pemphigus sous différents noms, selon le caractère qui les a le plus frappés : c'est ainsi que nous le trouvons designé par les noms de *morbus phlyctenoides*, *hydroa-exanthema bullosum*, *pemphigus major*, *morbus epidemicus* de Prague, *pemphigus helveticus*, *febris bullosa*, *pompholix*, etc., etc. Alibert l'avait décrit sous le nom de *pemphix* dans les *dermatoses eczémateuses*.

Il est difficile d'établir le degré de *fréquence* du pemphigus : aujourd'hui qu'on le connaît mieux sous ses différentes formes, on peut dire que cette maladie est loin d'être rare.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'*âge* ne paraît avoir aucune influence bien remarquable sur le développement du pemphigus ; seulement, à certaines époques de la vie, on rencontre plus fréquemment cette maladie à l'état aigu qu'à l'état chronique. Le pemphigus aigu attaque plus volontiers la jeunesse et l'âge adulte : c'est le pemphigus chronique qui domine chez les vieillards. Le *sexe* masculin semble prédisposer plus particulièrement au pemphigus. On attribue généralement la même influence à la *misère*, aux veilles prolongées, à l'*habitation dans des lieux bas et humides*.

2° Causes occasionnelles.

L'action de l'*humidité* doit être placée au premier rang. M. Cazenave (1) a pu constater dans la plupart des cas de pemphigus, surtout de pemphigus aigu, que les malades avaient été influencés soit par un séjour prolongé dans des lieux humides, soit par le contact habituel de l'eau. Un grand nombre d'individus reçus dans ses salles pour un pemphigus aigu étaient des garçons marchands de vin ; dans beaucoup de cas de pemphigus situé aux membres inférieurs, il a constaté que l'éruption avait succédé à une immersion prolongée des jambes dans l'eau froide. L'*insolation*, la *dentition*, les écarts de régime, ont paru plusieurs fois avoir une influence marquée sur le développement du pemphigus. On l'a vu quelquefois succéder à une autre maladie, à un *eczéma chronique* par exemple. Les *troubles généraux du système nerveux* ont, suivant M. Cazenave, une action incontestable dans la production de cette affection. Les expériences de MM. Gaitskell et Husson, qui ont inoculé l'humeur séreuse des bulles ; celles de M. Rayer, qui s'est servi de la sérosité et du pus pris sur une femme âgée et affectée d'un pemphigus chronique, ont démontré le caractère non contagieux du pemphigus.

§ III. — Symptômes.

1° *Pemphigus aigu. Prodromes.* — Un état de malaise général, de lassitude ; des frissons, de la soif, des nausées, de la céphalalgie avec élévation et fréquence du pouls, de la démangeaison à la peau, tels sont les *prodromes* du pemphigus aigu ; variables dans leur intensité, ils persistent pendant deux ou trois jours avant l'ap-

(1) Chausit, *Traité des maladies de la peau*, p. 93.

parition de l'éruption bulleuse qui peut se présenter sur tous les points de la su face cutanée.

Symptômes.—Alors on voit se dessiner çà et là sur la peau de *petites taches c culaires*, d'un rose vif, qui s'élargissent peu à peu ; sur ces taches et ordinai ment à leur centre, on ne tarde pas à découvrir une teinte opaline : c'est l'épider qui commence à se laisser soulever par un liquide séreux, c'est la *bulle* qui se veloppe. Le développement est quelquefois si rapide, et la bulle couvre si b toute la tache, qu'on a pu croire que l'ampoule n'était pas précédée de la roug érythémateuse.

Ordinairement c'est au centre qu'apparaît la bulle, et les bords de la ta rouge l'entourent d'une *aréole* enflammée. Quelques taches paraissent re rouges, sans se prêter au développement bulleux ; mais si l'on promène le d sur leur surface, on sent un soulèvement appréciable, et si l'on exerce quelques f tements, on ne tarde pas à enlever l'épiderme, qui est soulevé par une petite c lection de sérosité. Du reste, l'étendue du soulèvement bulleux n'est pas abs ment un rayon de la tache qui le précède : une tache relativement assez petite peu couvrir des plus grosses ampoules, et réciproquement. Le temps qui sépare ces d états est quelquefois impossible à saisir ; souvent il n'est que de quelques heu

Les *bulles*, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une n sette, ou même d'une amande, forment quelquefois, en se confondant, quand ruption est confluente, de vastes *ampoules* qui égalent le volume d'un œuf d' Dans les intervalles occupés par les bulles, la peau est saine.

Vers le quatrième jour, les bulles ont acquis tout leur développement ; jusq là résistantes, d'une transparence opaline, elles se rident ensuite et s'affaissent ; liquide qu'elles renferment *se trouble*, devient jaunâtre ; il ne distend plus co plétement la phlyctène, et se précipite à sa partie la plus déclive.

La bulle flétrie se rompt bientôt ; le liquide s'épanche, et des *excoriations* p ou moins étendues sont mises à nu. Celles-ci ne tardent pas à se recouvrir de pet *croûtes* minces et noirâtres qui tombent assez rapidement. Quelquefois, lorsqu liquide a été évacué complétement, l'épiderme se dessèche en *lamelles* très tén et blanchâtres. Plus rarement l'ampoule ne se rompt pas, le liquide est résorbé, bulle s'affaisse et disparaît, laissant une dessiccation lamelleuse.

Enfin la rougeur disparaît elle-même peu à peu, et il ne reste plus de l'érupti qu'une *empreinte d'un rouge brun* qui peut résister longtemps.

Le pemphigus aigu affecte quelquefois dans son développement une forme q M. Cazenave a signalée sous le nom de *pemphigus aigu successif;* c'est une su cession d'éruptions bulleuses, ayant chacune leurs prodromes distincts. « On v dans ce cas, dit M. Cazenave, se développer, tantôt sur un point, tantôt sur autre, des bulles qui se comportent individuellement comme autant de maladie part : chaque bouffée de pemphigus, si je puis dire ainsi, est précédée d'un pe mouvement fébrile ; le malade a quelquefois des frissons le soir. C'est cette for que j'appelle le *pemphigus aigu successif :* elle présente cela de particulier que l' peut voir le pemphigus à tous les états : taches, bulles, excoriations, croûtes ; e offre à la fois tous les éléments qui appartiennent à la période d'accroissement e la période de décroissement de l'éruption. Ordinairement il existe plusieurs bul à la fois, et alors les éruptions ont lieu tantôt ici, tantôt là ; mais il peut arriver q

[redacted]

la maladie soit constituée par une seule bulle, qui, parcourant toutes ses phases sur un point unique, se succède pour ainsi dire à elle-même et constitue ce que Willan appelait le *pompholix solitarius.* »

2° *Pemphigus chronique.* — Seul admis et décrit par les pathologistes anglais, le pemphigus chronique se présente le plus souvent à l'*état successif.*

Rarement précédé de symptômes généraux, il apparaît sous forme de *larges bulles*, presque toutes de la grosseur d'une noix, souvent d'un œuf de poule. Ces bulles, rapidement arrivées à leur maximum de développement, sont mollasses, peu résistantes; la *sérosité* qu'elles renferment est le plus souvent citrine, quelquefois sanguinolente dès le début; au bout de sept ou huit heures, elles se rompent et laissent à découvert des *surfaces excoriées*, qui ne sont bientôt plus protégées par la pellicule qui formait l'enveloppe de la bulle, celle-ci venant à se plisser et à se rouler sur elle-même.

On voit alors se former des *croûtes* minces, dont l'aspect brunâtre rappelle la nature sanguinolente du liquide bullaire. Une nouvelle éruption ne tarde pas à se montrer; elle affecte la même marche et les mêmes phénomènes, puis vient une troisième, et ainsi de suite, d'une manière quelquefois indéfinie.

« Il n'est pas rare, dit M. Cazenave, de voir cette forme appartenir au *pompholix solitarius*, et, dans ce cas, elle est assez particulière aux membres inférieurs; elle montre aussi une prédilection marquée pour les vieillards.

Le pemphigus chronique successif est quelquefois constitué par une série indéfinie de véritables *accès* aigus, d'intensité variable, et revenant à des intervalles qui offrent une espèce de régularité. Ordinairement, dans ces accès, les bulles apparaissent sur les mêmes points, se succédant ainsi dans leur siége d'élection. Elles sont petites, résistantes, entourées d'une aréole enflammée; au début, la sérosité qu'elles contiennent n'est pas transparente, et bientôt elle ressemble à un *liquide purulent;* aussi les croûtes qui se forment après leur déchirement sont-elles plus épaisses qu'à l'ordinaire. Quand les accès sont plus intenses, on voit apparaître des bulles énormes, irrégulières, comme résultant de la réunion de plusieurs ampoules. La durée de chaque accès est de dix à quinze jours. Un peu de fièvre, de la constipation, tels sont les seuls phénomènes généraux qui accompagnent ces accès.

Au pemphigus chronique successif peut succéder la *forme permanente et continue.* Dans ce cas, les bulles se renouvellent si fréquemment qu'il n'y a plus d'intervalles entre les différentes éruptions. Celles-ci s'étendent et peuvent prendre un caractère de généralité grave. « Les bulles, observe M. Cazenave, deviennent confluentes; il vient un moment où cette confluence est telle, qu'il semble que les soulèvements bulleux ne peuvent plus parcourir leurs phases d'accroissement, qu'à peine formés ils se déchirent et couvrent ainsi de larges surfaces de ces petites croûtes lamelleuses, parfaitement semblables à des pelures de pâtisserie feuilletée; adhérentes à la peau par un point limité, elles flottent et présentent alors un aspect foliacé si remarquable que j'ai cru devoir faire de ce caractère une forme particulière du pemphigus : c'est le *pemphigus chronique foliacé.* Parvenue à ce point, la maladie prend un aspect vraiment terrible; les paupières, altérées par des éruptions successives, se gonflent à leur bord libre; elles peuvent se renverser, perdre la possibilité de se mouvoir. Dans ces cas, l'œil devient d'une sensibilité extraordinaire, la conjonctive palpébrale et oculaire est le siége d'une injection vasculaire

rononcée, et les larmes, s'écoulant en abondance, entretiennent sur les points excoriés un foyer rebelle d'irritation. La peau, macérée, exhale une odeur fade et auséabonde, qui souvent incommode le malade lui-même ; l'affection se complique 'hydropisie, de diarrhée, et conduit presque nécessairement à une fin fatale. »

Signalons une variété désignée sous le nom de *pemphigus pruriginosus* ; elle onsiste dans quelques papules du prurigo, qui, venant se joindre à l'éruption bulleuse et occasionnant des démangeaisons plus ou moins fortes, ont paru à quelques uteurs mériter une description à part.

3° *Pemphigus des nouveau-nés.* — Sous les noms de *pemphigus infantilis*, *emphigus gangrenosus*, quelques auteurs ont décrit plus ou moins exactement la orme du pemphigus dont il s'agit. En 1834, le docteur Krauss (1) a donné un ésumé de presque tous les faits que la science possède sur ce sujet, et nous en vons nous-même (2) rapporté plusieurs cas dans lesquels on ne peut avoir aucun doute sur l'existence de cette affection. Dans ces cas, le pemphigus n'offre rien de particulier : les caractères de l'éruption, sa marche, ne diffèrent pas de ceux exposés plus haut dans la description du pemphigus aigu.

Cependant, selon M. Cazenave, le pemphigus des nouveau-nés serait une variété à part, moins rare qu'on ne le croit communément : voici, suivant cet auteur, les caractères de cette affection : elle a son siége de prédilection à la paume des mains et à la plante des pieds ; elle appartient exclusivement à cet âge ; elle est caractérisée par des bulles entourées d'une aréole violacée, offrant un volume assez considérable, ordinairement comme celui d'une noisette, et contenant un liquide séropurulent. M. Cazenave ne doute pas de la nature syphilitique de cette affection. elle est aussi la manière de voir de M. Paul Dubois, qui, pour établir cette opinion, se fonde sur les raisons suivantes : il a toujours pu constater chez la mère, oit actuellement, soit à une époque plus ou moins éloignée, l'existence de symptômes spéciaux qui expliquaient la possibilité d'une infection syphilitique chez enfant ; il a vu, après la destruction de la bulle, de véritables ulcérations ; enfin ous les enfants atteints succombent, et le plus souvent avec une grande rapidité. Les recherches plus récentes de M. Depaul (3) sont venues confirmer cette manière de voir.

Les faits observés par MM. Cazenave, P. Dubois et Depaul diffèrent assez de eux qui sont indiqués par les auteurs pour mériter une description à part ; mais e qu'il y a de certain, c'est que le pemphigus n'a pas toujours, chez les nouveau-és, les caractères et la gravité que lui ont trouvés ces auteurs. D'après cela, on oit admettre, chez les nouveau-nés, un *pemphigus simple* et un *pemphigus syhilitique* : le premier souvent bénin à l'état aigu, le second toujours très grave.

4° *Pemphigus labialis.* — M. Devergie (4) a décrit une forme particulière de emphigus à laquelle il donne le nom de *pemphigus labialis*. Il en a vu deux exemples, l'un à l'hôpital Saint-Louis, l'autre en ville. Cette maladie consistait en petites ulles se réunissant pour en former de plus grosses, et se succédant d'une manière non interrompue. Les bulles, en se crevant, donnaient issue à une liqueur limpide,

(1) *De pemphigo neonatorum.* Thes., Bonnæ, 1834.
(2) *Clinique des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838, p. 676.
(3) *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1851, t. XVI, p. 920, 954.
(4) *Union méd.*, 30 mars 1847.

[redacted]

filante, muqueuse, semblable à de l'eau très chargée de gomme arabique; puis elles se couvraient d'une croûte légèrement jaunâtre et brunâtre, par où s'écoulait cette liqueur. La maladie, dans un cas, a été très rebelle.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En décrivant les formes aiguë et chronique que peut affecter le pemphigus, nous avons indiqué sa *marche* de manière qu'il soit inutile d'y revenir ici. La *durée* du pemphigus aigu est ordinairement d'un à trois septénaires : celle du pemphigus chronique est généralement longue; elle peut varier de plusieurs mois à plusieurs années : il n'est pas rare de ne la voir finir qu'avec la vie des malades. Souvent le pemphigus se développe en été, pour se terminer à la fin de l'automne.

Le pemphigus aigu se *termine* souvent par la guérison. Dans le pemphigus chronique, cette terminaison constitue une véritable exception, la maladie ayant tôt ou tard une issue fatale. La mort est souvent causée par une affection des organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale.

§ V. — Lésions anatomiques.

La pâleur des membranes muqueuses, des épanchements séreux dans les grandes cavités, un état gras du foie, rencontré dans tous les cas par M. Cazenave, qui l'a trouvé d'autant plus marqué que la maladie était plus avancée; et, de plus, dans les bulles restées entières, un liquide albumineux, limpide, quelquefois jaunâtre, ordinairement visqueux, tantôt inodore, tantôt fétide; telles sont les lésions les plus constantes qu'ont permis de constater les autopsies de sujets morts à la suite du pemphigus.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — En général, le diagnostic du pemphigus est facile : la présence de *bulles* le plus souvent bien isolées, figurant de larges ampoules; la forme bombée et la *minceur* lamelleuse des croûtes qui leur succèdent : les excoriations superficielles que le déchirement des phlyctènes met à nu, sont des caractères à l'aide desquels on évitera la confusion. Le *rupia*, dont la forme est essentiellement chronique, et l'*ecthyma* se distinguent de cette affection par les caractères suivants : dans le *rupia*, les bulles sont rares, et elles sont suivies de véritables ulcérations, de croûtes dures et épaisses; dans l'*ecthyma*, dont la lésion élémentaire est une pustule, celle-ci est ordinairement beaucoup plus petite que les bulles du pemphigus. Ce n'est donc que dans quelques cas rares qu'on pourrait éprouver de l'hésitation; mais alors même on arrive au diagnostic en se rappelant que la pustule de l'ecthyma est de prime abord purulente, et que les croûtes auxquelles elle donne lieu sont épaisses et noirâtres.

Le pemphigus, lorsqu'il est confluent, pourrait, par ses croûtes, faire croire à l'existence de l'*impétigo* : on évitera l'erreur en songeant que les croûtes du pemphigus sont minces, lamelleuses, foliacées, et que l'impétigo a des croûtes épaisses, anfractueuses, rugueuses.

Pronostic. — En général, le pemphigus est une maladie grave. Lorsqu'on l'ob-

...e à l'état aigu, on doit craindre les récidives ; à l'état chronique, il se term... ...équemment par la mort.

§ VII. — Traitement.

De l'avis de tous les auteurs, le traitement du *pemphigus aigu* ne consiste ... ...ans l'emploi de moyens très simples : une *diète légère*, l'usage de quelques *b*... ...ons *délayantes*, le *repos*, suffisent dans presque tous les cas. Il est rare qu'on ... ...esoin de recourir aux *antiphlogistiques* ordinaires, ou à quelques *dérivatifs* p... ...modérer l'intensité de l'inflammation de la peau. En général, il faut veiller à ce ... ...épiderme reste appliqué à la surface de la plupart des bulles ; il faut *les préser*... ...*frottement* après leur rupture, et lorsqu'elles sont excoriées, les panser, se... ... conseil de M. Rayer, avec un linge fenêtré enduit de cérat.

Le *pemphigus chronique* peut être aussi modifié par les mêmes moyens, mai... ...réclame une médication plus active. On prescrit ordinairement les *bains simp*... ...*amidonnés.* Si les douleurs sont vives, on applique sur les parties malades ... *compresses imbibées d'un liquide anodin ou opiacé.*

M. Cazenave conseille d'être très réservé dans l'emploi des topiques ; il rej... ...en général les *pommades ;* quant aux *bains*, il leur trouve l'inconvénient de ma... ...er la peau et de faciliter le développement des bulles.

Le seul cas où le pemphigus puisse être, selon cet auteur, heureusement mod... ...par une application tonique, c'est lorsque, occupant une surface limitée, il se ... ...produit sans cesse : alors M. Cazenave conseille l'emploi de *cataplasmes saup*... ...*drés de quinquina et de charbon.*

« Le topique, ajoute ce médecin, qui m'a le mieux réussi dans le double but ... ...parer aux inconvénients d'un suintement trop abondant, et de calmer les doule... ...qui tourmentaient le malade, c'est l'*amidon sec*, avec lequel on saupoudre tous ... ...points affectés, quelle que soit d'ailleurs l'étendue de l'éruption. J'ai vu des ... ...lades couverts d'un pemphigus qui les enveloppait tout entiers, trouver dans l'e... ...ploi de ce topique une fraîcheur bienfaisante qui faisait taire toutes leurs souffranc... et amenait quelquefois aussi une modification très heureuse de la maladie e... même. »

Parmi les moyens généraux, les *toniques* sont particulièrement recommand... on cherche à relever la constitution du malade, et dans ce but, les *ferrugine*... la *limonade vineuse*, le *café de glands* expérimenté avec succès par M. Cazena... les *amers*, sont administrés avec persévérance, non-seulement chez les vieilla... et les individus affaiblis, mais aussi chez les sujets jeunes et robustes, dont le ... persiste avec opiniâtreté. L'état des voies digestives donnera la mesure de l'éne... qu'il faut donner à ce traitement.

« Les *limonades sulfurique* et *nitrique*, continuées avec persévérance, ... M. Rayer, ont aussi opéré plusieurs guérisons remarquables. »

Voici le traitement que propose M. Devergie (1) contre le *pemphigus labi*... dont il a donné la description : « La marche qui me paraît devoir être suivie p... son traitement, dit-il, est celle-ci :

» S'attacher d'abord à voir s'il existe quelques rapports entre la maladie lo...

(1) *Union méd., 30 mars 1817.*

et une altération des voies digestives ou de tout autre organe de l'économie; inter roger surtout les antécédents du malade, sa constitution, son tempérament; faire reposer la médication générale sur ces diverses conditions une fois connues et appréciées; employer d'abord les émollients humides, ou les poudres absorbantes, ou les eaux acidules, pour empêcher la formation de ces croûtes épaisses, dures, qui sous l'influence de la compression déterminée par les aliments et les mouvements irritent sans cesse les lèvres et favorisent la formation des bulles; modifier la forme morbide et l'habitude de la production morbide par des caustiques très doux, répétés à plusieurs jours et en tâtonnant un peu en raison du sujet, mais tellement composés qu'ils ne portent jamais une excitation trop vive. La *solution de nitrate acide de mercure* dont je me sers généralement dans ces cas, et dans des conditions analogues, n'est pas celle du *Codex*. Je trouve ce dernier caustique beaucoup trop acide et beaucoup trop fort pour la généralité des maladies cutanées, qui, par leur chronicité, exigent l'usage de ces sortes de moyens.

» Je le formule ainsi :

℞ Protonitrate de mercure cristallisé	4 gram.	Eau	8 gram.
Acide nitrique	2 gram.		

Ramenez le protonitrate de mercure à l'état pulvérulent; faites-le dissoudre dans l'eau distillée que vous portez peu à peu jusqu'à l'ébullition; retirez du feu et ajoutez goutte à goutte l'acide nitrique. Il se forme un peu de deutonitrate, mais dans une proportion faible, quand l'opération est bien conduite.

» Il en est de même de l'*iode caustique*. Il est rare que je me serve de la formule de M. Lugol, qui s'adresse plus particulièrement au *lupus* et à toutes les affections scrofuleuses.

» Voici celle que j'emploie fréquemment :

℞ Iode	5 décigr.	Alcool à 36°	8 gram.
Iodure de potassium	4 gram.		

Dissolvez et ajoutez :

Eau saturée de sel commun .... 8 gram.

» Au surplus, on modifie ces doses en raison des cas pour lesquels on en fait usage. »

ARTICLE II.

RUPIA.

Willan et Bateman nous ont donné les premiers une bonne description du rupia. Souvent confondu avec d'autres affections cutanées, et surtout avec l'ecthyma dont, selon la remarque de M. Cazenave (1), il semble, dans certains cas, n'être qu'une forme exagérée, il doit être rangé, en raison de sa lésion élémentaire, dans la classe des maladies bulleuses; c'est pourquoi nous en plaçons l'étude à côté du pemphigus et avant l'ecthyma, avec lequel il a une grande analogie. Nous décri

(1) *Dict. de méd.*, t. XXVII, 1843, art. RUPIA.

abord le *rupia simplex*, puis le *rupia proeminens*, qui n'est qu'un degré ɘvé du premier. Nous parlerons ensuite du *rupia escharotica*, qui, par ses res tranchés, constitue une espèce complétement distincte.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

ʼupia est une affection cutanée caractérisée d'abord par des bulles plus ou volumineuses, isolées, aplaties, renfermant un liquide primitivement séreux, ırulent, quelquefois noirâtre; plus tard par des croûtes souvent très épais· fin par des ulcérations.

gné quelquefois sous le nom d'*ulcères atoniques*, d'*ulcères croûteux*, le ɜt une maladie dont nous ne connaissons pas bien le degré de fréquence. yer le regarde comme peut-être plus fréquent que le pemphigus.

§ II. — Causes.

ınisère, une nourriture insuffisante, l'*habitation des lieux humides et mal-* le *grand âge*, les *scrofules*, une *constitution affaiblie* par les maladies et ès de tous genres, telles sont les conditions que les auteurs s'accordent à re· comme favorisant le développement du rupia. Selon eux, l'état *cachectique* jours la cause du *rupia escharotica*.

ɔbserve aussi quelquefois le rupia à la suite de maladies *éruptives graves*, ue la variole, la scarlatine, la rougeole. On l'a vu compliquer le *pourpre rhagique*. M. Marcel a lu à la Société médicale d'observation l'histoire d'un qui s'était développé chez un individu affaibli depuis plusieurs années par *llutions nocturnes*. C'est là tout ce qu'on sait de l'étiologie de cette mala- ıi se montre *aux deux époques extrêmes de la vie*. On le rencontre, en ılus particulièrement chez les enfants délicats, faibles, et chez les vieillards

§ III. — Symptômes.

ʔupia simplex. — On voit apparaître, presque exclusivement, aux membres ırs, plus rarement au tronc et aux membres supérieurs, sans inflammation ıle, un certain nombre de *bulles* petites, aplaties, d'un centimètre de dia- environ. Elles sont distendues par un *liquide* d'abord *séreux* et transparent, paissit bientôt et se change en un véritable *pus*. Puis les bulles s'affaissent, ɩent; le liquide qu'elles renferment se concrète et se transforme en une brunâtre, rugueuse, toujours plus épaisse au centre qu'à la circonférence, ɔntinuant avec l'épiderme soulevé. A la chute de la croûte, on trouve des *tions* superficielles qui tantôt se cicatrisent assez vite, tantôt se recouvrent ûtes nouvelles. Tel est le *rupia simplex*, à la suite duquel il reste des *em- ɩs d'un rouge livide*, qui persistent encore quelque temps.

ʔupia proeminens. — Dans certains cas, les caractères du rupia sont plus ɜs; les bulles sont plus grosses, les croûtes plus épaisses, les ulcérations plus les : c'est le *rupia proeminens*. Dans cette espèce, l'éruption bulleuse dé- ır une *inflammation circonscrite de la peau;* puis, dans ce point enflammé, ʼme est soulevé plus ou moins promptement par une collection de sérosité

citrine, quelquefois par un *liquide noirâtre assez épais*, qui se concrète rapidement en une *croûte* d'un brun noirâtre. Celle-ci est entourée à sa base d'une *aréole érythémateuse* qui parfois devient le siége d'un soulèvement épidermique, et constitue une *nouvelle bulle* à laquelle succède une croûte qui s'ajoute à la première. Ce symptôme secondaire de l'éruption tend à l'augmenter et à l'étendre. Au bout d'un certain temps, de nouvelles croûtes s'ajoutant sans cesse à celle qui s'était formée la première, leur ensemble ressemble assez exactement à une *écaille d'huître.* D'autres fois, au contraire, l'accroissement de la croûte se fait en hauteur, et celle-ci peut dépasser la surface de la peau de plusieurs centimètres. Alors elle est conique et ressemble à ces coquillages univalves appelés *lepas* ou *patelle.*

Les croûtes qui succèdent à la bulle du *rupia proeminens* sont ordinairement fort adhérentes et persistent assez longtemps. Lors de leur chute spontanée ou provoquée par des applications émollientes, on découvre des *ulcérations* d'étendue et de profondeur variables. Celles-ci se recouvrent bientôt d'une nouvelle croûte, ou bien elles laissent à nu un *ulcère blafard*, profond, arrondi, de 2 à 3 centimètres d'étendue, à bords tuméfiés, et d'un rouge livide. Les ulcérations, lentes à se cicatriser, surtout chez les vieillards, laissent après elles des cicatrices peu solides et des *empreintes purpurines* qui ne disparaissent qu'après un temps souvent fort long.

3° *Rupia escharotica.* — Cette forme, souvent confondue avec l'*ecthyma cachecticum*, et décrite par quelques auteurs sous le nom de *pemphigus gangrenosus*, est propre aux enfants cachectiques, débilités, et ne les attaque que depuis leur naissance jusqu'à la première dentition. Elle siége surtout au cou, à la poitrine, à l'abdomen, au scrotum. Ses bulles sont toujours isolées et bien distinctes.

Dans ces cas, on voit apparaître à la peau des *taches livides*, légèrement *proéminentes*, sur lesquelles se développent bientôt des *bulles* distendues par un liquide séreux ou *sanguinolent.* Celles-ci, augmentant rapidement de volume, forment de *larges ampoules*, aplaties, irrégulières, entourées d'une *aréole violacée*, et contenant un *liquide noirâtre.* Ces bulles ne tardent pas à se flétrir, à se rompre, et à laisser à découvert des *surfaces ulcérées ayant un aspect gangréneux.* Ces ulcérations, larges, profondes, donnent lieu à une *suppuration fétide* et de mauvaise nature.

Bientôt après se montre une *nouvelle éruption*, et ces accidents peuvent se reproduire à plusieurs reprises. Ces éruptions successives déterminent de *très vives douleurs*, surtout chez les très jeunes enfants. Elles causent l'insomnie, allument la fièvre, et, sous leur influence, la mort peut survenir rapidement. Dans les cas où l'issue est favorable, la cicatrisation est toujours lente à s'effectuer.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le rupia a une *marche* essentiellement chronique ; sa *durée*, qui peut n'être que de deux à trois septénaires, persiste souvent plusieurs mois. Il a souvent, chez *les vieillards*, une ténacité remarquable. La guérison, parfois longue à obtenir, *est la terminaison* la plus commune. Chez quelques vieillards, on ne peut parvenir *à faire cicatriser* les ulcères qui résultent de la chute des croûtes.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le *pemphigus* et l'*ecthyma* sont les deux seules maladies de la peau avec lesquelles on pourrait confondre celle qui nous occupe.

Le *pemphigus* se distingue du rupia par ses bulles proéminentes, larges et distendues par un liquide toujours plus transparent et plus séreux, ainsi que par ses croûtes minces, lamelleuses, si différentes des croûtes caractéristiques du rupia.

L'*ecthyma*, qui se développe généralement dans les mêmes conditions que le rupia, en diffère au début par son état pustuleux; plus tard, ses croûtes, quoique saillantes, sont irrégulières et plus adhérentes, et les ulcérations qui leur succèdent sont moins larges et moins profondes. Nous reviendrons sur ce diagnostic à l'article consacré à l'ecthyma.

Pronostic. — Le rupia n'offre ordinairement aucun caractère sérieux; il n'est réellement grave que quand il se présente sous la forme de *rupia escharotica*. Sa durée est, ainsi que nous l'avons vu plus haut, subordonnée à l'âge de l'individu, au degré de ses forces, à l'ancienneté du mal, etc.

§ VI. — Traitement.

Si l'on se rappelle les conditions qui favorisent le développement du rupia, on comprendra que les moyens qui tendent à restaurer la constitution appauvrie doivent être une partie essentielle du traitement. Le *lait d'une bonne nourrice* pour les très jeunes enfants, un *régime alimentaire substantiel* et fortifiant, l'emploi des *vins généreux*, des *amers*, de quelques *toniques*, un air pur, des soins de propreté, etc., constitueront le *traitement général*.

Le *traitement local* consiste dans les moyens suivants, que nous allons rapidement énumérer :

« *On ouvrira les bulles* de *rupia simplex*, dit M. Rayer, si elles contiennent de la sérosité; *on les couvrira d'un linge fenêtré*, sur lequel on appliquera une petite quantité de charpie, et l'on maintiendra le tout au moyen d'un bandage compressif. »

Après la chute des croûtes, on pourra hâter la cicatrisation des ulcérations à l'aide de *lotions* avec le *vin aromatique* ou *miellé*, ou une solution de *crème de tartre*. De tous les topiques, suivant M. Rayer, celui qui réussit le plus constamment est la *crème de tartre*, dont on *saupoudre* la surface ulcérée. Quand les ulcères sont douloureux; les *lotions* avec l'*eau de guimauve* seront faites avec avantage.

Dans les cas où les ulcères sont rebelles, comme cela arrive après la chute des croûtes de *rupia proeminens*, M. Cazenave recommande la *cautérisation;* il veut qu'on touche profondément les points ulcérés avec le *nitrate d'argent*, ou qu'on les lave à plusieurs reprises avec l'acide *chlorhydrique* étendu d'eau. Si ces moyens ne suffisent pas, il conseille la cautérisation avec le *nitrate acide de mercure*. Il a souvent obtenu une cicatrisation prompte avec la pommade au *protoiodure* de mercure, ou même au *deuto-iodure*, qui agit comme un véritable caustique.

On *recommande le repos et la position horizontale*, quand le rupia est fixé au

[redacted]

membres inférieurs. Quelques *bains simples ou alcalins* sont joints comme adjuvants aux moyens précédents. Les *topiques émollients* sont les seuls dont M. Cazenave recommande l'emploi dans le *rupia escharotica*.

CHAPITRE IV.

AFFECTIONS PUSTULEUSES.

Les affections pustuleuses de la peau doivent être placées au rang des plus fréquentes. Dans ce chapitre, nous n'aurons pas à nous occuper de plusieurs d'entre elles qui sont de la plus grande importance, ce sont : la variole, la vaccine, et les éruptions qui tiennent à ces affections. Nous entrerons donc en matière par la description de l'impétigo, puis de l'ecthyma, du porrigo et des autres maladies pustuleuses non fébriles.

Les affections pustuleuses sont caractérisées par de *petites collections purulentes qui soulèvent l'épiderme sous forme de boutons blancs*, et qui reposent sur une *base enflammée.*

ARTICLE Ier.

IMPÉTIGO.

Le terme *impétigo*, qu'on trouve dans les anciens auteurs employé dans beaucoup d'acceptions différentes, doit être consacré, d'après les travaux de Willan et de Bateman, à désigner une éruption pustuleuse psydraciée bien distincte des autres affections dont la pustule est l'élément caractéristique.

Les auteurs anglais admettaient cinq espèces d'impétigo : 1° *impetigo figurata*, 2° *impetigo sparsa*, 3° *impetigo scabida*, 4° *impetigo erysipelatodes*, 5° *impetigo rodens*. Cette division, qui ne repose guère que sur des différences de forme ou de gravité de la maladie, n'a pas été adoptée par les médecins modernes; de plus Biett, et, à son exemple, MM. Cazenave et Schedel, ont fait rentrer dans l'histoire de l'impétigo deux variétés comprises avant eux dans l'étude du *porrigo*, et désignées généralement sous les noms de *porrigo larvalis* et de *porrigo granulata*. Nous nous contenterons de distinguer l'impétigo en *aigu* et en *chronique*, en rattachant à ces deux grandes formes toutes les variétés principales; puis, en raison de leur importance, on décrira à part l'*impetigo larvalis* et l'*impetigo figurata*, qui ne doivent plus être compris dans l'histoire de l'éruption contagieuse appelée *porrigo*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Avec Willan, Biett, M. Cazenave, on définit l'impétigo comme il suit : c'est une *maladie caractérisée par des pustules psydraciées* (petites pustules), *confluentes, donnant lieu à la formation de croûtes molles, jaunâtres, épaisses, irrégulières*,

ıvellent par la dessiccation d'un suintement plus ou moins abondant, et après elles des empreintes assez persistantes.

pétigo a reçu un assez bon nombre de noms divers : il nous suffira de dire été décrit sous les dénominations de *dartre croûteuse*, *gourmes*, *croûtes* ; que Sauvages l'a appelé *tinea lactea*, Alibert *dartre crustacée*, *achore*, *ucifluа*.

pouvoir indiquer d'une manière précise le degré de fréquence de l'impé- ı peut dire que cette affection, la plus commune des maladies pustuleuses, fréquente, ce qui sera facilement admis, aujourd'hui qu'on a fait rentrer ·tte éruption quelques variétés assez communes et qui lui appartiennent ement.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

eut être affecté de l'impétigo à tout *âge*, mais il est une forme qu'on ob- us particulièrement chez les très jeunes enfants, à l'époque de la première seconde dentition : c'est l'*impetigo larvalis*, appelé vulgairement *croûtes*

xe féminin, surtout à l'époque critique, le *tempérament lymphatique*, une *ıe* et blanche, doivent, suivant les auteurs, être rangés parmi les causes osantes de cette affection. L'*automne* et le *printemps* seraient aussi, d'après rticulièrement favorables au développement de l'impétigo, et quelques in- en seraient périodiquement atteints à ces époques pendant plusieurs années tives.

ıent enfin ces conditions que nous avons si souvent occasion de citer, telles nisère, la malpropreté, l'ivrognerie, etc., etc., et qu'on retrouve dans l'étio- toutes les affections cutanées, sans qu'on puisse apprécier l'action réelle une d'elles en particulier.

2° Causes occasionnelles.

auses sont mal connues. Il n'est pas rare de voir l'éruption pustuleuse se ɔer chez des individus qui, dans les travaux de leur profession, sont en avec des *substances irritantes*, telles que le sucre brut, la chaux, les pous- ıétalliques. Quelquefois à la suite d'une *émotion morale*, d'un *excès de* e l'exposition à une *chaleur brûlante*, on a vu apparaître les pustules d'im- Cette maladie, qui complique souvent d'autres affections cutanées, telles chen et la gale, ne se transmet pas par *contagion*.

§ III. — Symptômes.

ıpétigo aigu. — Rarement précédée d'un peu de malaise, de céphalalgie, ıtence, l'éruption débute par des *taches* rouges, assez distinctes et un peu s, qui sont le siége d'un sentiment de *chaleur* quelquefois très douloureux. es taches apparaissent bientôt de petites *pustules* généralement assez rap- s, *parfois isolées, quelquefois* confondues entre elles. Ces pustules, aplaties,

superficielles, ont acquis tout leur développement en trente-six ou quarante-hu heures, et elles ont alors la grosseur d'un grain de millet; ensuite elles s'ouvre et laissent échapper un *liquide purulent* qui se dessèche et donne lieu à d *croûtes* jaunes sur lesquelles nous appellerons l'attention.

Les *croûtes de l'impétigo*, comme le fait très bien remarquer M. Cazenave (1 ressemblent assez, dans les premiers temps, à des larmes d'ambre; puis elles s'épai sissent, deviennent rugueuses, inégales, et conservent toujours un certain degr de transparence qui les a fait comparer à des fragments de miel desséché (*melit gra flavescens*, d'Alibert), aux grains jaunes et brillants du succin, au suc gom meux de certains arbres, etc.

Peu adhérentes, du reste, ces croûtes sont comme déposées à la surface de l peau; leur consistance molle est due au *suintement continuel* qui les accompagne, en sorte que, parvenues à une épaisseur quelquefois considérable, elles se fende et laissent sourdre à travers leurs fissures un *liquide ichoreux*. Après leur chute on aperçoit une surface qui est le siége d'une *sécrétion purulente*, et qui se recou vre bientôt de croûtes nouvelles.

Ordinairement, vers la fin du second septénaire, les croûtes deviennent moin épaisses, se détachent en portions plus sèches et grisâtres, et le suintement se tari graduellement. Bientôt après, il ne reste plus de l'éruption qu'une *empreinte bru nâtre* qui persiste assez longtemps.

« Chose remarquable, dit M. Cazenave, l'impétigo peut, alors que les pustule ont cessé, se continuer pendant un peu de temps encore par une sorte d'état squa meux qui le fait ressembler à un eczéma : il semble que l'inflammation se décom pose et s'éteigne; que de tous les éléments morbides qui constituent l'impétigo, il ne reste plus qu'une petite phlegmasie séreuse qui donne lieu à la desquamation que je signale ici, et qui d'ailleurs passe elle-même assez rapidement. »

2° *Impetigo erysipelatodes.* — Il peut arriver qu'un plus haut degré d'inflam mation accompagne les phénomènes de l'éruption, ainsi que son développement alors l'impétigo est annoncé par des troubles généraux plus marqués; la douleur locale est plus vive; les pustules reposent sur des taches érysipélateuses largement développées : c'est ce que Willan appelait *impetigo erysipelatodes*. Ces cas, d'ail leurs, ne sont pas fréquents, et ne diffèrent en rien, pour le reste de la descrip tion, de l'impétigo aigu.

3° *Impetigo chronique.* — Cette forme peut s'établir de deux manières : tantôt constitué par une *série d'éruptions aiguës* successives, l'impétigo se comporte, chaque nouvelle attaque pustuleuse, comme nous venons de le dire, et se renou velle incessamment, soit dans le même point, soit dans un autre; tantôt, au con traire, l'affection se perpétue sur place, sans aucune trace d'acuité. Dans ce der nier cas, *il n'y a plus, pour ainsi dire, d'éruption*, et les *croûtes*, *continuelle ment grossies par le suintement purulent*, acquièrent un certain volume et une coloration noirâtre. Peu adhérentes, elles se détachent facilement, mais se refor ment vite et de toutes pièces, sans succéder à des pustules détachées.

4° *Impetigo scabida.* — Dans certains cas, et surtout chez les individus dont la constitution est détériorée; les *croûtes* peuvent devenir énormes; rugueuses

(1) *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 68.

verdâtres, elles enveloppent parfois un membre tout entier. A travers leurs sures, s'échappe un *liquide ichoreux* et brunâtre, exhalant souvent une od fétide : c'est là l'*impetigo scabida* de Willan.

A ce degré, l'impétigo peut se compliquer d'œdème, d'ulcérations, etc. Il p aussi, lorsqu'il siége aux orteils, entraîner la chute des ongles, les déformer, rendre ternes, cassants.

5° *Impetigo figurata.* L'éruption pustuleuse, telle que nous venons de la crire, peut se présenter sous deux aspects dont Willan a cru devoir faire deux riétés. Dans l'une, les pustules, plus ou moins agglomérées, occupent une surf variable, mais assez exactement circonscrite, ovale ou circulaire : c'est l'*impet figurata.*

6° *Impetigo sparsa.* — Dans l'autre, au contraire, les pustules sont disséminé éparses, et n'affectent aucune forme particulière; c'est l'*impetigo sparsa.* Ei ces deux formes, il y a de nombreux degrés intermédiaires.

§ IV. — Siége.

L'impétigo peut occuper tous les points de la surface cutanée; cependant on plus particulièrement l'*impetigo sparsa* affecter les membres et le pli des arti lations. L'*impetigo figurata* se développe de préférence à la face, et aux joue particulier. Tantôt il recouvre un membre tout entier, tantôt il reste borné à le région. En général, l'*impetigo figurata* n'occupe au visage qu'une sur itée, la lèvre supérieure, par exemple, les paupières, etc.

Ici se place naturellement la description des deux formes que Biett et MM. ave et Schedel ont retranchées du genre *porrigo;* elle complétera l'étude ymptômes de l'impétigo, dont il faut les considérer comme deux variétés.

a. IMPETIGO LARVALIS, VULGAIREMENT CROUTES DE LAIT ET TEIGNE MUQUEUSE.

Cette forme de l'impétigo, qu'on observe surtout *chez les jeunes enfants*, se nifeste par une éruption de *pustules* plus ou moins confluentes, et réunies groupes.

Croûtes de lait. — Tantôt cette éruption occupe la presque totalité du visa comme le ferait un masque, d'où lui vient le nom de *larvalis*, et tantôt elle bornée aux joues, aux lèvres, aux oreilles, à une portion du cuir chevelu.

Aux pustules succèdent bientôt des *croûtes* jaunes et verdâtres, le plus sou minces et lamelleuses, qui, en se détachant, laissent à découvert une *surface rou enflammée*, se recouvrant bientôt de nouvelles concrétions croûteuses. Quelque le *suintement* est si abondant, qu'il ne se concrète pas, et l'on voit un *liqu visqueux*, âcre, s'écouler par une foule de petits points.

Ne consistant souvent, chez les très jeunes enfants, qu'en un petit nombre croûtes minces répandues sur les tempes, et ne donnant lieu qu'à un suinten peu abondant, l'*impetigo larvalis* constitue une affection bénigne qu'on a désig souvent sous le nom de *croûtes de lait*. Si l'éruption est plus intense, les sur se recouvrent d'incrustations *jaunes, épaisses*, exhalant une odeur nauséa

[redacted]

Alors les démangeaisons sont vives; souvent les *ganglions lymphatiques voisins s'enflamment* et suppurent; il y a *coryza*, *otite*, *ophthalmie*.

Teigne muqueuse. — Lorsque l'affection gagne le cuir chevelu, les cheveux sont collés ensemble et enfermés dans des croûtes irrégulières, jaunâtres, recouvrant une surface variable. C'est cet état qu'on trouve, dans certains auteurs, décrit sous le nom de *teigne muqueuse* (*achor mucifluus*).

Après un certain temps, le suintement diminue; les croûtes, plus minces, plus blanches, reposent sur une surface moins rouge, et finissent par être remplacées par une *desquamation* légère, qui annonce la terminaison heureuse de la maladie. « Et, chose remarquable, dit M. Cazenave (1), là où existait une éruption en apparence si grave, souvent sillonnée de fissures, de crevasses, d'où l'on voyait souvent, sous l'influence de l'action des ongles des enfants, le sang ruisseler, mêlé à un liquide séro-purulent, non-seulement on n'observe jamais de cicatrice, mais on ne retrouve plus qu'une teinte rosée qui ne tarde pas à se dissiper. »

b. IMPETIGO GRANULATA (*teigne granulée*).

Il a pour *siége* exclusif le *cuir chevelu*, et se trouve désigné souvent sous le nom de *teigne granulée* (*porrigine granulée*, Alibert); c'est, comme nous l'avons dit, le *porrigo granulata* de Willan.

Cette forme est caractérisée par la présence, au milieu des cheveux, de *petites croûtes* séparées, grisâtres, d'une figure très irrégulière. L'éruption s'accompagne d'une *inflammation* assez vive et de beaucoup de *démangeaison*. Puis apparaissent des *pustules* d'un blanc jaunâtre, *traversées à leur centre par un cheveu*, et s'ouvrant au bout de deux à quatre jours.

Le *suintement* qui s'établit alors est assez abondant; il donne lieu aux croûtes caractéristiques dont nous venons de parler.

Ces *croûtes*, qui deviennent dures, bosselées, prennent une *couleur* brune ou gris foncé; elles ont été comparées par Alibert à de petits grains de mortier. De petites *granulations* sèches, friables, se détachent et restent éparses çà et là dans les cheveux, qui en sont comme hérissés.

Les *cheveux*, qui ne sont jamais détruits, se trouvent réunis en groupes par une agglomération de croûtes; en même temps il s'exhale de la tête une *odeur nauséabonde*, et, dans certains cas, des *poux* pullulent au milieu des croûtes et des cheveux. Cette odeur, selon MM. Cazenave et Schedel, n'existe pas chez les individus qui ont recours aux soins de propreté, et même alors, le plus souvent, les croûtes ne présentent plus leurs caractères distinctifs, et ressemblent à celles de l'impétigo situé sur un autre point de l'enveloppe cutanée. Cette variété est d'ailleurs peu fréquente.

c. IMPETIGO RODENS.

Mentionnons cette forme de l'impétigo, aussi rare que peu connue encore. Biett l'avait signalée; M. Cazenave n'en a vu qu'un petit nombre d'exemples. Dans cette variété, la maladie, qui commence par une pustule, laisse, après la chute des croûtes, des *ulcérations*, et par suite de véritables cicatrices.

(1) *Dict. de méd.*, art. IMPÉTIGO.

[redacted]

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Marche. — L'impétigo aigu parcourt ses périodes avec une certaine régularité qu'on retrouve dans ses différentes variétés. Rappelons seulement qu'à l'état chronique, tantôt la maladie se compose d'une succession d'éruptions aiguës qui se prolongent un certain temps, tantôt elle se perpétue sur place sans aucune trace d'acuité.

L'impétigo *aigu* a une *durée* qui ne dépasse pas ordinairement deux ou trois septénaires. A l'état *chronique*, il peut durer indéfiniment, et souvent alors il est lié à un mauvais état de la constitution. La durée de l'*impetigo granulata* est variable; elle dépasse rarement quelques mois; celle de l'*impetigo larvalis* est généralement longue; on voit cette affection persister des années entières.

La guérison, qui est la *terminaison* de la maladie dans l'immense majorité des cas, s'annonce généralement par la diminution de la sécrétion purulente; les croûtes se forment de plus en plus lentement et deviennent plus sèches et plus minces. Une légère desquamation termine bientôt la maladie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — A l'état pustuleux, l'impétigo sera toujours facile à reconnaître. Des pustules psydraciées, isolées ou rassemblées en groupes, ne sauraient, en effet, être confondues avec les vésicules de l'*herpès* et de l'*eczéma*, ni avec les bulles du *pemphigus* et du *rupia*. Il en est de même relativement aux grosses pustules (*phlyzaciées*) de l'*ecthyma*.

Les pustules de l'*impetigo figurata*, lorsqu'elles occupent le menton, pourraient être prises pour des pustules de *mentagre;* mais celles-ci en diffèrent en ce qu'elles sont plus saillantes, isolées, suintent beaucoup moins, et reposent sur une base calleuse ou tuberculeuse.

Les *croûtes* de l'impétigo, avec leur couleur jaune, leur épaisseur, leur demi-transparence, leur aspect rugueux, inégal, leur friabilité, leur faible adhérence, offrent des caractères qui les font distinguer des *croûtes lamelleuses* des affections vésiculeuses. Nous avons décrit ailleurs les croûtes caractéristiques du *rupia;* celles de la *mentagre* sont plus sèches, plus foncées en couleur que celles de l'impétigo, et elles ne se reproduisent qu'après une nouvelle éruption.

Dans quelques cas d'*impetigo larvalis* de longue durée, les cheveux tombent dans une plus ou moins grande étendue : cette *alopécie accidentelle* diffère de celle qui a lieu dans le *porrigo*, en ce que les cheveux repoussent. Cependant, chez quelques enfants, l'impétigo laisse une alopécie incurable, le bulbe des cheveux se trouvant atrophié. Nous reviendrons sur ce point quand il sera question du porrigo.

Pronostic. — L'impétigo aigu est le plus souvent une maladie légère, surtout chez les sujets jeunes et robustes; il n'a quelque gravité que lorsqu'il survient chez des individus qui ne prennent aucun soin de propreté et ont une constitution débile. En pareil cas, il se perpétue avec une grande opiniâtreté.

L'aspect effrayant de l'éruption, chez les enfants affectés d'impetigo larvalis ne doit pas alarmer sur l'issue de la maladie : le médecin pourra, sur ce po

rassurer les parents, et prédire, comme nous l'avons dit plus haut, une terminaison favorable.

[Le pronostic des gourmes offre une considération à laquelle M. le docteur Caillault attache quelque importance.

Il signale cette opinion populaire que les éruptions croûteuses du cuir chevelu sont salutaires aux enfants. « Assurément, dit-il, c'est à l'occasion de cette affection cutanée qu'il est survenu dans tous les temps des revers funestes à propos de guérisons intempestives ou trop rapides des gourmes. » Cet auteur cite deux exemples à l'appui de cette opinion (1).]

§ VII. — Traitement.

1° *Traitement de l'impétigo aigu.* — A l'*état aigu*, l'impétigo ne réclame pas une médication active : quelques *boissons rafraîchissantes* ou acidules, le *repos*, un *régime doux*, quelques *lotions émollientes*, suffisent en général pour amener une prompte guérison. Si l'éruption a une étendue considérable, et si elle s'accompagne d'une réaction fébrile marquée, on pratique avec avantage, chez les sujets jeunes et vigoureux, quelques *émissions sanguines* générales ou locales, et l'on y joint quelques *bains tièdes* et de faibles *laxatifs*.

Quand l'impétigo occupe le cuir chevelu, il faut avoir soin de *couper les cheveux très court* et d'*enlever les croûtes* à l'aide de *cataplasmes* ou de *lotions mucilagineuses*, afin de mettre à nu les surfaces malades, sur lesquelles on pourra appliquer des médicaments topiques. Cette précaution est applicable à tous les cas d'affections croûteuses qui ont leur siége dans le cuir chevelu et les endroits garnis de poils. Elle n'est cependant pas absolument indispensable lorsque des soins assidus et intelligents peuvent être donnés aux malades. Dans plusieurs cas d'*impetigo granulata* (*teigne granulée*) chez des jeunes filles, on peut, en effet, faire conserver les cheveux et triompher de la maladie en quelques jours, ainsi qu'il suit :

Faites, avec une brosse et de l'eau de savon, laver très exactement la tête, en écartant les cheveux dans tous les points du cuir chevelu sans exception. Puis tous ces points sont légèrement frictionnés avec la pommade suivante :

℞ Calomel........ de 3 à 5 gram. | Axonge................ 30 gram.

Cette opération est pratiquée matin et soir, et, au bout de dix à quinze jours, les croûtes, souvent considérables, et l'engorgement des ganglions du cou, conséquence de la maladie, sont complétement dissipés.

Mais cette opération est longue et pénible ; elle dure au moins une demi-heure matin et soir ; il faut presque du dévouement pour s'en charger, et ce n'est guère que chez les mères qu'on le trouve. Si l'on [illegible] la conviction la plus profonde que les choses se [illegible] tout le soi[illegible] il ne faudrait pas hésiter un seul instant à sacrif[illegible]x.

En général, dans les [illegible] de l'ér[illegible]icaments locau[illegible] choisis dans les émollie[illegible]ines, so[illegible]mmades so[illegible]

(1) Caillault, Traité [illegible] la pra[illegible] Paris, [illegible]

s sulfureux, seront sévèrement proscrits. On vient de voir les heureux effets
on peut obtenir de l'emploi de la *pommade au calomel.*

° *Traitement de l'impétigo chronique.* — Le traitement de l'*impétigo chroni*-
, tel qu'il a été recommandé par les auteurs, se compose d'une foule de médi-
ents dont il serait difficile d'apprécier aujourd'hui la véritable valeur. Les
curiaux, les *acides*, les *alcalins*, etc., ont été vantés tour à tour. C'est ce qui
ve toujours dès qu'il s'agit d'une maladie de la peau dont la durée se prolonge.
cherche sans cesse des moyens nouveaux, on ne réussit pas le plus souvent, et
ı ne fait que trahir les embarras d'une thérapeutique généralement incertaine
mpuissante.

Les bains et les douches de vapeur, en détachant les croûtes et en changeant le
de de vitalité des tissus, suffisent, dans un bon nombre de cas, pour procurer
e terminaison favorable.

Il est souvent nécessaire de remplacer les bains de vapeur par les *bains alcalins*,
surtout par les *bains sulfureux*. Ceux-ci, presque toujours nuisibles à l'état
u, trouvent ici leur application la plus heureuse. Des faits nombreux prouvent
e les eaux d'Enghien, les Eaux-Bonnes, de Cauterets, de Baréges, etc., ont une
icacité réelle dans cette maladie. Ces eaux sont administrées tant à l'extérieur
'à l'intérieur.

M. Cazenave dit avoir vu plusieurs cas dans lesquels les *bains de mer* ont été
ivis de bons résultats, et Bateman regarde, pour les *formes sèches de l'impétigo*,
sage des eaux d'Harroffigate comme le remède le plus efficace.

Les *lotions alcalines*, les lotions d'*eau acidulée*, et en particulier avec l'*acide*
lorhydrique, ont parfois contribué puissamment à la guérison d'anciens impé-
gos. Dans ces cas aussi, on a obtenu des avantages marqués en promenant sur la
urface malade un pinceau trempé dans un *acide affaibli* ou une solution étendue
e *nitrate d'argent*. Cette légère cautérisation doit être suivie immédiatement
'une *aspersion d'eau simple*, afin de modérer l'énergie du caustique.

M. Rayer, dans les cas où l'impétigo est borné à une petite surface, dit s'être
rvi avec avantage de la pommade suivante :

℞ Protonitrate de mercure. 1,30 gram. | Axonge................ 30 gram.

Un certain nombre d'impétigos qui avaient résisté à l'emploi d'une foule de
oyens ont cédé promptement, entre les mains de Biett, de MM. Rayer, Cazenave,
l'usage des *préparations arsenicales*, et notamment à la *solution de Pearson*,
nt voici la formule :

[redacted]de soude cristallisé. 0,05 gram. | Eau distillée............. 32 gram.
[redacted] adultes, 20 gouttes dans la journée, dans un verre d'eau sucrée.

ı solution suivante :

iaque. 0,20 gram. | Eau distillée............ 32 gram.

outtes à 2 et même à 4 grammes et plus, progressivement, et avec

On ne saurait trop recommander au praticien d'être réservé dans l'emploi de ces préparations arsenicales, dont néanmoins nous ne devons pas nous priver, car elles réussissent dans des cas très rebelles.

Dans l'*impetigo larvalis* (croûtes laiteuses), M. Cazenave recommande d'insister sur les *lotions d'eau tiède* et de *lait;* chez les enfants à la mamelle, la seule médication, selon lui, consiste à conseiller à la nourrice *de faire jaillir du lait de son sein, et d'en arroser les surfaces malades.* Il est important aussi d'avoir recours aux *bains* entiers tièdes et émollients.

M. le docteur Don Serapio Escolar (1) emploie contre le *porrigo larvalis l'iodure de soufre à l'intérieur et à l'extérieur*, de la manière suivante :

1° Tous les jours prendre à l'intérieur de 5 à 7 centigrammes d'iodure de soufre.

2° Faire matin et soir des frictions avec la pommade suivante :

℞ Axonge	32 gram.	Essence de roses	6 gouttes.
Iodure de soufre	2 gram.		

Mêlez.

3° Un purgatif salin chaque semaine, l'usage du lait de vache, un exercice modéré, et une propreté extrême secondent le traitement.

M. Sarti (2) propose la *vaccination*, et voici les faits sur lesquels il se fonde :

Sur 89 cas dans lesquels la vaccine a réussi, il y a eu chez 25, diminution prompte et durable des croûtes laiteuses, et chez 58, guérison immédiate et radicale. Chez 2 enfants, la vaccine a échoué, et il n'y a pas eu d'amélioration.

ARTICLE II.

ECTHYMA.

Willan, après avoir classé l'ecthyma parmi les maladies pustuleuses, en a admis plusieurs variétés, et après lui Bateman en a décrit quatre, qui sont : 1° l'*ecthyma vulgare*, 2° l'*ecthyma infantile*, 3° l'*ecthyma luridum*, et 4° l'*ecthyma cachecticum*. Ces distinctions ont été rejetées par Biett (3), qui ne les trouve fondées que sur des circonstances accidentelles. Alibert avait étudié à part l'*ecthyma aigu* et l'*ecthyma chronique* (4), et M. Rayer (5) a adopté la même division. C'est aussi celle que nous suivrons en présentant l'histoire de cette maladie, sur laquelle M. Cazenave (6) a publié des recherches pleines d'intérêt.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On désigne sous le nom d'*ecthyma* une inflammation de la peau caractérisée par des pustules phlyzaciées, larges, arrondies, ordinairement discrètes, à base dure

(1) *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, octobre 1847.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 30 avril 1852.
(3) *Dict. de méd.*, t. IX, art. ECTHYMA, 1835.
(4) *Monogr. des dermat.* Paris, 1832.
(5) *Traité théor. et prat. des maladies de la peau.*
(6) *Ann. des malad. de la peau et de la syph.*, t. I, 1844.

enflammée, auxquelles succèdent des croûtes brunes, épaisses, laissant après le chute une empreinte rouge qui persiste plus ou moins longtemps, ou bien, ce c est plus rare, une véritable cicatrice.

L'ecthyma, désigné par Alibert (1) sous le nom de *phlyzacia* et sous ce d'*epinyctis* par Sauvages, Vogel, etc., est une maladie *assez commune*. Nous avc signalé, en parlant de la gale, une complication fréquente de cette affection, c consiste dans le développement des pustules d'ecthyma.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Aucun *âge* n'est à l'abri de l'ecthyma, aucune *constitution* n'en est exemp mais il est bien plus fréquent de l'observer chez les *individus affaiblis* par fatigues, par les maladies, chez les vieillards débiles, en un mot, chez tous les suj dont la constitution a reçu une atteinte plus ou moins profonde.

La *misère*, la *malpropreté*, les *chagrins*, la *débauche*, ont la même action le développement de l'ecthyma. Les *hommes* qui en sont plus fréquemment attei que les femmes, n'ont probablement ce privilége que parce qu'ils se trouvent p souvent qu'elles sous ces fâcheuses influences.

Selon Biett, l'automne et l'hiver paraissent les *saisons* les plus propres à fa naître ces affections. Après certaines *fièvres éruptives*, les varioles surtout, on v souvent des éruptions successives de pustules d'ecthyma qui prolongent la conv lescence.

2° Causes occasionnelles.

Certaines *applications emplastiques*, des *frictions irritantes*, par exemple a l'*huile de croton* ou avec le *tartre stibié*, déterminent les pustules phlyzaciées l'ecthyma. En substituant les lotions aux frictions graisseuses dans le traitement la gale, on constate, suivant la remarque de Legendre, que cette éruption se co plique plus fréquemment d'ecthyma.

« Une cause assez fréquente d'ecthyma, et qu'il faut considérer comme ca locale, c'est, dit M. Cazenave, la *présence d'une autre éruption* qu'il vient comp quer sans l'intervention du traitement. Nous citerons encore la gale elle-mêm qu'il est fréquent de voir accompagnée de pustules ecthymoïques, alors que malades n'avaient encore rien fait pour la combattre ; c'est cette gale, du res qu'Alibert a décrite sous le nom de gale pustuleuse.

» Il faut cependant certaines conditions particulières pour déterminer la p sence de pustules phlyzaciées compliquant une autre maladie de la *peau ;* il f surtout que celle-ci ait été *puissamment excitée*, et principalement d'une certa façon. Ainsi ce n'est pas l'impétigo, par exemple, qui se complique le plus or nairement de l'ecthyma, bien que ces deux éruptions semblent se rapprocher *priori* par leur nature et leur forme pustuleuse ; mais ce sont les maladies acco pagnées de prurit ; et c'est à cette dernière condition que nous attribuons la f quence de la réunion de l'ecthyma avec la gale. Après cette dernière affection

(1) *Loc. cit.*

sont les maladies papuleuses, le prurigo et le lichen, avec lesquelles on observe le plus souvent les pustules d'ecthyma. »

Telles sont les causes de l'ecthyma ; comme on le voit, elles agissent de deux manières : ou localement, ou généralement en affaiblissant la constitution.

§ III. — Symptômes.

1° *Ecthyma aigu.*—Assez rare au tronc, l'ecthyma aigu se développe habituellement aux bras et aux mains.

L'éruption apparaît sous forme de *points rouges* assez nettement circonscrits; elle est annoncée par une *douleur* souvent vive et piquantes s'accompagnant d'un sentiment de *cuisson*. Au centre de ces petites plaques s'élève bientôt une petite *collection d'un liquide* ordinairement *purulent* dès le début, et quelquefois séro-purulent. Cette collection purulente, entourée d'une *aréole d'un rouge vif*, constitue ce qu'on appelle une *pustule phlyzaciée*, à cause de sa largeur et de son peu de saillie. En effet, dans certains points, à la paume des mains par exemple, l'épiderme paraît à peine soulevé.

Une fois formée, la pustule reste intacte pendant quelques jours, et, ce qui est digne de remarque, quelquefois plus d'une semaine ; puis le liquide qu'elle renferme se coagule et se convertit en une petite *croûte* brunâtre peu épaisse et assez adhérente. Si la pustule est rompue avant la formation de la croûte, on aperçoit une petite *cavité* dont le fond est rouge, comme *excorié*. A la chute de la croûte, le derme conserve une *empreinte* violacée qui persiste longtemps.

L'éruption des pustules d'ecthyma est ordinairement successive et ne *détermine aucun mouvement fébrile*. Les symptômes locaux, bien qu'ils annoncent l'inflammation du derme, sont en effet trop faibles pour qu'un aussi petit nombre de pustules, se développant à la fois, puisse produire le moindre trouble général. Parfois cependant les choses se passent un peu différemment, ce qui tient aux circonstances suivantes :

Quelquefois les pustules, au milieu de leur développement, paraissent être le siége d'un *mouvement fluxionnaire ;* elles augmentent de largeur et de saillie et ressemblent assez bien, dans ces cas, à certaines bulles de pemphigus.

Dans quelques cas, plus rares, l'éruption est simultanée et précédée de *symptômes généraux*, tels que malaise, mouvement fébrile, etc. Alors les pustules, discrètes, plus petites, répandues sur une surface plus ou moins large, suivent ensemble les diverses phases de l'éruption. En général, celle-ci est douloureuse et s'accompagne d'un gonflement comme érysipélateux des surfaces affectées.

2° *Ecthyma chronique.* — Plus fréquent que l'ecthyma aigu, l'ecthyma chronique a pour siége de prédilection les membres inférieurs ; ses pustules, plus rares, quelquefois au nombre de trois ou quatre seulement, sont généralement moins circonscrites ; elles sont aussi plus larges que celles de l'ecthyma aigu, et *atteignent souvent l'étendue d'une pièce d'un franc et au delà*. La *peau*, siége de l'éruption, est à peine enflammée ; la pustule se forme avec peine, et reste quelquefois flasque et plissée, perdant en saillie ce qu'elle gagne en étendue. L'*aréole* qui l'entoure est un cercle dont la couleur varie depuis le rouge pâle jusqu'à la teinte brune violacée; le *liquide* qu'elle renferme, ordinairement peu épais, quelquefois sé-

[redacted]

râtre ou sanguinolent, se convertit en une croûte le plus souvent noirâtre, parfois très adhérente, laissant après elle une *excoriation* sanieuse, puis une *empreinte* qui reste longtemps foncée : une véritable *petite cicatrice*.

C'est cette variété d'ecthyma, comme le fait remarquer M. Rayer, qu'on rencontre chez les enfants faibles, mal nourris ou convalescents de variole (*ecthyma infantile*) : dans ces cas, les pustules sont ordinairement peu volumineuses.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En général, la *marche* de l'ecthyma aigu est subordonnée au développement des pustules ; elle est plus rapide quand l'éruption s'accompagne de phénomènes inflammatoires. A l'état chronique, l'affection affecte une marche essentiellement lente, et sa *durée* peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. L'*ecthyma aigu* a ordinairement une durée de plusieurs semaines, entretenu qu'il est par l'apparition successive de nouvelles pustules. C'est ce qui a lieu quand il a été produit par une cause permanente et quand il accompagne une autre affection cutanée.

La guérison est la *terminaison* habituelle de l'ecthyma.

§ V. — Lésions anatomiques.

Biett avait pensé que le siége des pustules était dans les follicules sébacés. Pour M. Cazenave, l'ecthyma est une inflammation de la surface de la peau, avec tous ses caractères, et dans laquelle sont intéressés plusieurs des éléments de cette membrane. « Il y a, dit ce médecin (1), manifestement douleur, afflux de liquide, congestion sanguine, fluxion séreuse, formation de pus. »

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Le *rupia*, que nous avons décrit dans l'article précédent, est la maladie avec laquelle il serait possible de confondre l'ecthyma, et c'est sans doute ce qui a engagé M. Plumbe à proposer de réunir en une seule ces deux affections. Tout en reconnaissant qu'on les rencontre assez souvent dans des conditions analogues, et qu'au début, dans certains cas, rares néanmoins, la lésion élémentaire paraît être la même, on doit convenir que l'ecthyma diffère toujours du rupia par son état *pustuleux* dès le commencement du soulèvement épidermique.

On ne confondra pas non plus les larges pustules phlyzaciées de l'ecthyma avec les petites pustules de l'*impétigo* et les pustules ombiliquées de la *variole*.

La seule difficulté est celle qui permet de confondre l'ecthyma simple (*ecthyma cachecticum*) avec l'*ecthyma syphilitique* (voir les syphilides).

Pronostic. — L'ecthyma ne saurait jamais être regardé comme une affection grave par elle-même. A l'état aigu, c'est une maladie légère ; à l'état chronique, il indique un état de faiblesse, de détérioration de l'économie, mais par lui-même il n'ajoute rien à la gravité du mal.

§ VII. — Traitement.

Dans l'*ecthyma aigu*, quand l'éruption ne consiste qu'en un nombre peu considérable de pustules, les auteurs conseillent de s'en tenir à l'usage des délayants

(1) *Loc. cit.*

[redacted]

des *bains frais*, des *bains d'eau de son*, et à prescrire un régime doux et le repos.

Si au contraire, chez un sujet robuste, l'*éruption s'accompagne de fièvre*, si les surfaces où elle se développe sont douloureuses ou fortement enflammées, on pratique avec avantage quelques *émissions sanguines*, et les bains frais sont plus fréquemment répétés. Vers la fin de l'affection, on joint à ces moyens quelques *purgatifs légers*.

Quant à l'*ecthyma chronique*, le médecin doit suivre une conduite toute différente, et l'état général sous l'influence duquel l'affection pustuleuse s'est développée doit fixer particulièrement son attention. C'est ainsi que chez les individus dont la constitution est affaiblie, on prescrit un *régime* tonique et fortifiant; l'usage des *amers*, des *ferrugineux;* quelques *bains gélatineux* ou *alcalins*. Le malade doit être en outre soumis à toutes les conditions d'une hygiène bien entendue.

Chez les *enfants à la mamelle*, il faut surveiller la qualité du *lait* qu'on leur donne; quelquefois un *changement de nourrice* a suffi pour obtenir dans l'état du petit malade les plus heureuses modifications.

En général, dit M. Cazenave, l'éruption par elle-même ne réclame l'emploi d'*aucun topique;* il y a cependant quelques cas dans lesquels les excoriations de mauvaise nature, qui appartiennent à certaines formes de l'ecthyma, réclament l'application de certaines pommades astringentes, ou même quelques cautérisations légères avec le *nitrate d'argent* ou un *acide* étendu.

Les *ulcérations* qui succèdent à la chute des croûtes, et qui, chez certains vieillards, sont si longues à cicatriser, seront favorablement excitées, selon M. Rayer, par des lavages avec des *décoctions aromatiques*, ou une solution de *chlorure de chaux*, ou encore en les saupoudrant de *crème de tartre*.

Ce traitement bien simple ne demande pas d'autres détails.

ARTICLE III.

PORRIGO (*teigne*).

[A l'article *herpès tonsurant* (voyez page 414), nous avons présenté sur les parasites végétaux des considérations qui s'appliquent de tous points à l'affection que nous décrivons, et nous invitons le lecteur à s'y reporter; il réunira ainsi les diverses espèces qui forment le groupe des *teignes*.]

Il n'est pas de partie de la pathologie cutanée qui ait offert jusqu'à nos jours plus de confusion que celle-ci. Sous le nom de *porrigo* et sous le nom de *teigne* qui lui correspond exactement, on a décrit une multitude d'affections diverses qui n'avaient de commun que leur siége; nous avons eu déjà occasion d'en signaler quelques-unes.

Les Grecs reconnaissaient cinq espèces de *porrigo*. Guy de Chauliac admettait également cinq formes de teigne dont voici l'énumération : *Tinea favosa*, *T. ficosa*, *T. medosa*, *T. tuberosa*, *T. lupinosa*. Alibert, au commencement de ce siècle décrivit cinq espèces de teigne, qui sont les suivantes: *teignes muqueuse*, *furfuracée*, *amiantacée*, *granulée*, *faveuse*. Willan, en adoptant la dénomination d

[redacted]

porrigo, en établit les six variétés suivantes : *porrigo larvalis*, *furfurans*, *lupinosa*, *scutulata*, *decalvans*, *favosa*.

Ce court exposé suffit pour donner une idée de la confusion déjà signalée ; à l'aide d'une observation attentive, on a écarté du groupe des teignes, des maladies qui, nous le répétons, n'ont rien de commun que le siége et qui diffèrent par leurs caractères essentiels. A l'article *Impetigo*, on a fait voir qu'il fallait rattacher à ce genre les variétés décrites par Willan sous les noms de *porrigo larvalis* et de *porrigo granulata* ; de plus, le *porrigo favosa* de Willan n'est qu'un véritable *impétigo*, et la *teigne granulée* d'Alibert est une variété de cet *impétigo* (*impetigo granulata*). Cette judicieuse élimination, commencée par Biett, a été continuée par M. Cazenave, qui, dans un article aussi remarquable par son esprit de critique que par la clarté de l'exposition (1), a établi d'une manière précise le sens des mots *teigne* et *porrigo*, et déterminé la maladie qu'ils devaient désormais désigner.

Selon M. Cazenave, il faut réserver le nom de *porrigo* (ou de *teigne*, si l'on voulait conserver cette dénomination) à une affection spéciale, caractérisée par sa nature contagieuse, ses pustules, ses croûtes et sa tendance à produire l'alopécie. A ce titre, M. Cazenave rejette du genre *porrigo* le *porrigo scutulata* de Willan, ou *ring-worm* des Anglais, qui n'est, selon lui, que la variété d'herpès qu'il a décrite sous le nom d'*herpès tonsurant* (2). Il en écarte également le *porrigo decalvans*, maladie distincte, bien différente d'ailleurs, et qui n'est que le *vitiligo du cuir chevelu.*

Néanmoins, dans ces derniers temps, M. Bazin (3) définit la teigne : *une affection des poils, produite ou entretenue par la présence d'un végétal parasite.* Partant de cette définition, l'auteur admet cinq espèces de teignes :

1° *Teigne faveuse* (*porrigo favosa* ou *scutulata*) ; 2° *teigne tonsurante* (*teigne tondante* de Mahon, *herpès tonsurant* de M. Cazenave) ; 3° *teigne mentagre* ou *sycosique* ; 4° *teigne achromateuse* (*porrigo decalvans* de Bateman ; *vitiligo du cuir chevelu* de M. Cazenave) ; 5° *teigne décalvante* (*alopécie idiopathique*). Tout en reconnaissant l'importance des observations de M. Bazin, relativement à la cause commune de ces maladies, nous pensons que la distinction établie par Biett et M. Cazenave peut être maintenue.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le porrigo (ou *teigne*) est une inflammation spéciale du cuir chevelu, contagieuse, caractérisée par de petites pustules jaunes, enchâssées dans l'intérieur de la peau, se convertissant de bonne heure en croûtes d'un jaune particulier, déprimées en godets, tendant spécialement à produire une alopécie permanente (*Cazenave*) et produite ou entretenue par la présence d'un végétal parasite.

Le porrigo, tel que nous venons de le définir, se trouve désigné dans les auteurs par différentes dénominations : c'est le *porrigo lupinosa* de Willan ; le *porrigo favosa* de quelques médecins modernes ; la *tinea lupinosa* de Guy de Chauliac, la *teigne*

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris. 1850, p. 90.
(2) Voy. l'art. *Herpès*, t. V, page 413.
(3) *Rech. sur la nature et le trait. des teignes*. Paris, 1853.

faveuse de M. Mahon et de M. Bazin, la *vraie teigne*, le *favus* de M. Rayer. Cet dernière expression vient de l'aspect remarquable de la pustule qui forme un croûte jaune, offrant une dépression centrale, ce qui lui donne une certaine ressemblance avec les alvéoles d'une ruche à miel. C'est aussi d'une ressemblance des pustules avec les semences du lupin que lui vient le nom de *porrigo lupinosa*.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Le porrigo s'observe à tous les *âges ;* cependant il se développe particulièrement dans l'enfance et dans la jeunesse. Aucun *sexe*, aucune *saison* n'y paraissent prédisposer plus particulièrement. Il en est de même du *tempérament* et de la *constitution*. Si celle-ci paraît faible et détériorée chez un certain nombre de teigneux, il faut moins regarder cet état comme une cause que comme un effet de la maladie elle-même.

A ces causes nous ajouterons la *misère*, la malpropreté, les fatigues, dont il est impossible d'apprécier rigoureusement l'influence ; et l'*hérédité*, qui, sans nous être beaucoup mieux connue, a paru évidente dans un certain nombre de cas.

2° Causes occasionnelles.

Le porrigo est essentiellement *contagieux :* ce mode de transmission est reconnu par la plupart des médecins modernes, et entre autres par Biett, MM. Rayer, Cazenave, Bazin. La contagion s'opère par le contact immédiat ou par des objets ayant servi à des individus malades, tels que bonnets, linge, éponges, peigne, etc. ; ces faits sont faciles à apprécier quand les enfants sont réunis en grand nombre, comme dans les pensions, les hôpitaux. « Il en est de la contagion du favus, dit M. Rayer, comme de celle de plusieurs autres maladies transmissibles par contact ou inoculation ; l'application des croûtes du favus sur la peau n'entraîne pas constamment l'inoculation de cette dégoûtante éruption. » Les travaux des micrographes modernes tendent à donner une explication très simple de la contagion de la maladie, puisque, suivant leurs recherches, elle est constituée par une végétation qui se reproduit avec la plus grande facilité.

§ III. — Symptômes.

Au *début*, le porrigo favosa apparaît sous forme de *pustules* extrêmement petites, ne dépassant pas le niveau de la peau, dans l'épaisseur de laquelle elles sont comme enchâssées ; elles sont d'un *jaune* remarquable, comme safranées, et toujours elles sont *traversées par un cheveu*. Liquide au commencement, la *matière* qu'elles renferment *se concrète rapidement*, et donne lieu à des croûtes qui de prime abord offrent un caractère particulier et qu'on peut regarder comme un signe *pathognomonique* de la maladie.

Ce mode de début est propre à la forme appelée *favus disséminé*, par opposition à une autre forme à laquelle on a donné le nom de *favus en cercle*. Dans cette *dernière, l'affection* se manifeste sous forme de *plaques* plus ou moins nombreuses

ez régulièrement *arrondies*, et dont l'apparition est précédée de *démangeaisons* ez vives. Ces surfaces, qui varient en étendue de 2 à 3 centimètres, présentent it d'abord un état *grenu*, *chagriné*, constitué par le gonflement de l'extrémité chaque conduit pilifère que surmonte bientôt une petite *squame* blanche, he, adhérente. Cet état peut durer quelques semaines, et alors on voit seulent apparaître au-dessous des lamelles les petits points jaunes qui constituent le us (1).

La *croûte faveuse*, à peine formée, présente une *dépression centrale*, qu'on it toujours reconnaître à la loupe, souvent même à l'œil nu. A mesure qu'elle développe, sa dépression augmente; elle devient de plus en plus prononcée, et nd la forme d'un *godet*. Ordinairement *traversée par un cheveu*, elle offre une *uleur jaune de plus en plus foncée;* son *volume*, très petit d'abord, peut acquéjusqu'à 2 centimètres de diamètre.

Ainsi formées, les croûtes faveuses affectent diverses dispositions. Tantôt *isoes*, distinctes, elles se développent sans se confondre et offrent chacune le type rfait du favus; tantôt *confluentes*, elles se touchent et se confondent par leurs rds et donnent naissance à des plaques jaunâtres où l'on ne retrouve plus la rme arrondie, mais bien une foule de *dépressions alvéolaires* correspondant acune à une pustule primitive. Quelquefois les croûtes, comme réunies en une ule, ne présentent plus que par places, et sur les bords, la forme ronde et la dépression caractéristique. Souvent adhérentes, elles deviennent d'une sécheresse emarquable, pulvérulentes, et tombent au moindre frottement. Cet état se rencontre chez les individus affectés depuis longtemps de porrigo, et qui ont négligé ute espèce de soins. En pareil cas, la tête exhale une *odeur nauséabonde*, qu'on comparée à celle de l'urine de chat; en outre les croûtes ont perdu leur couleur ne habituelle; elles sont d'un blanc sale; c'est à peine si, à travers cette couche isse, on voit percer quelques cheveux grêles, comme lanugineux.

Après la chute des croûtes, on aperçoit de légères *érosions;* la peau est rouge, mide; mais bientôt apparaissent de nouvelles pustules qui donnent lieu à des oûtes nouvelles. Cette circonstance est importante à noter, puisqu'elle sépare mplétement le *favus* de l'*impétigo :* dans ce dernier, en effet, les croûtes se rement par un suintement plus ou moins abondant, mais sans qu'il y ait besoin l'apparition de nouvelles pustules. Cette remarque, fondée sur une observation acte, a une grande valeur pour le diagnostic.

L'*alopécie*, qui est un effet constant de l'affection faveuse, offre ici un caractère rticulier : c'est celui d'être incurable. Après la disparition des croûtes dans les ints dégarnis de cheveux, la peau ne présente plus cet aspect bleuâtre, cette aisseur, cette souplesse qu'elle a à son état normal; elle a tous les caractères une véritable *cicatrice.*

Un *prurit* souvent incommode, quelquefois tellement intense que les malades déchirent la peau avec les ongles, accompagne le *porrigo favosa.* Les enfants qui sont atteints ont souvent la tête pleine de poux. Des excoriations douloureuses cuir chevelu et l'engorgement lymphatique du cou sont fréquemment la conséuence de la maladie.

(1) Chausit, *Traité élém. des maladies de la peau.* Paris, 1853, p. 142.

Le porrigo ne donne pas lieu à des *symptômes généraux* dignes d'être notés; mais on a souvent signalé un arrêt de développement physique et moral chez les individus atteints de la teigne.

Enfin, il n'est pas rare de rencontrer dans les *porrigo* anciens, des accidents dus à des *complications*. En s'ajoutant au favus, ces complications, qui, le plus souvent, consistent en des *éruptions* d'*eczéma*, d'*impétigo*, de *pityriasis*, aggravent nécessairement l'état du malade et obscurcissent parfois le diagnostic.

Le *siége* ordinaire du porrigo est le cuir chevelu; cependant on rencontre aussi des pustules faveuses sur tous les points du corps où il existe des poils. M. Cazenave a observé plusieurs cas où le *porrigo* était *général*, et, d'un autre côté, il l'a vu (1) souvent *occuper uniquement le scrotum*, où il s'était déclaré spontanément.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le porrigo affecte une *marche* continue ; à la chute des croûtes, il se fait une éruption de nouvelles pustules qui prolonge ainsi et entretient le mal.

Le favus a une *durée* indéterminée : il n'est pas rare de rencontrer des individus adultes affectés de cette maladie depuis les premières années de leur vie. La guérison, qui, dans ce cas, n'a lieu qu'au prix d'une alopécie au-dessus des ressources de l'art, est une *terminaison* rare du porrigo abandonné à lui-même ; c'est à un traitement long et minutieux que cet heureux résultat est dû le plus souvent.

§ V. — Lésions anatomiques.

Différentes opinions ont été émises sur le siége anatomique du favus. Duncan et Baudelocque le plaçaient dans le bulbe pileux; d'autres regardaient l'affection comme une lésion des follicules. MM. Letenneur (2) et Cazenave admettent que le favus a son siége à l'extrémité du conduit pilifère, de cette gaîne qui enveloppe et accompagne le poil depuis le bulbe jusqu'à sa sortie.

Dans ces derniers temps, M. Gruby (3), dans des recherches intéressantes, a avancé que le porrigo n'était autre chose qu'un parasite appartenant à la famille des cryptogames. M. Cazenave (4), qui a discuté ce point, a regardé cette opinion comme inadmissible : il s'est fondé sur la marche et le développement du favus, qui, en effet, il faut le reconnaître, offre une série de phénomènes qu'on ne retrouve pas dans les productions parmi lesquelles M. Gruby voudrait ranger le porrigo; cependant il faut ajouter que cette opinion a été soutenue et développée depuis par M. Ch. Robin (5) et par M. Bazin (6), ce qui lui donne un assez grand poids pour qu'elle ait aujourd'hui force de loi.

(1) *Union médicale*, 22 janvier 1852.

(2) *Quelques recherches sur le favus*. Thèse. Paris, 1839.

(3) *Mémoire sur une végétation qui constitue la vraie teigne* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1841, t. XIII).

(4) *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 222.

(5) *Des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux*. Paris, 1853, *in-8*, avec atlas de 15 planches.

(6) *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*. Paris, 1853.

[redacted]

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — En se rappelant les traits principaux de la description que nous avons donnée, il sera presque toujours facile d'arriver au diagnostic du favus.

Si on l'observe à l'état pustuleux et au début, on retrouvera cette petite pustule jaune, comme safranée, dépassant à peine le niveau de la peau où elle est comme enchâssée, et déprimée à son centre, si différente de la pustule d'*impétigo*, saillante et globuleuse. D'un autre côté, les croûtes rugueuses, informes, ambrées, mollasses ou verdâtres, comme déposées à la surface de la peau, qui appartiennent à l'éruption impétigineuse, ne ressemblent pas à ces croûtes du porrigo toujours sèches, comme soufrées, quelquefois d'un jaune gris, présentant la dépression en godet, et ordinairement traversées par un poil. L'alopécie, qui accompagne constamment le favus, sera aussi un puissant moyen de diagnostic. Resterait enfin l'examen des cheveux au microscope.

Quelquefois, comme nous l'avons déjà dit, l'agglomération des croûtes confondues entre elles rend obscure ou indistincte la forme caractéristique. Dans ces cas, il faudrait attendre, faire tomber les croûtes, et le développement de nouvelles pustules suivies des croûtes faveuses viendrait lever tous les doutes.

Pour compléter le diagnostic du porrigo, rappelons combien il diffère de l'*eczéma*, remarquable par sa forme *squameuse* et son *suintement*, et du *pityriasis*, caractérisé par une desquamation sans formation de croûtes. Voir pour plus de renseignements, aux articles qui concernent ces maladies. Quant au *porrigo scutulata*, on a donné l'histoire et le diagnostic sous le nom d'*herpès tonsurant*, on doit consulter l'article *Herpès*.

Pronostic. — Si l'on songe à la longue durée du porrigo, à son influence sur la constitution, au danger de sa propriété contagieuse, à l'opiniâtreté avec laquelle il résiste souvent aux agents thérapeutiques, à l'alopécie qui en est une conséquence inévitable, on ne saurait s'empêcher de le regarder comme une affection grave et qui réclame toute la sollicitude du médecin. Il faut, le plus promptement possible, faire disparaître une maladie qui fait des sujets qui en sont atteints un objet de dégoût pour tout le monde et de danger pour ceux qui les approchent.

§ VII. — Traitement.

Exposer, à l'occasion du porrigo, les innombrables médications préconisées dans le traitement des diverses espèces de teigne, ce serait vouloir gratuitement retomber dans la confusion où l'emploi mal défini de ces deux mots a jeté la science jusqu'à ce jour. On ne saurait évidemment accepter avec quelque confiance la plupart de ces médicaments indiqués contre la teigne, quand on voit ceux qui les vantent les employer indistinctement dans toutes les espèces, et par conséquent dans des affections qui diffèrent essentiellement de la maladie contagieuse à laquelle on a réservé le nom de *porrigo*.

Deux indications essentielles, qui consistent : 1° à *empêcher la formation des croûtes*, 2° à *produire l'épilation*, composent la méthode le plus généralement employée *aujourd'hui, et celle dont* les succès sont le plus nombreux. Elle est fort

..urs sur l'étude anatomique du favus. On sait, en effet, que l'avulsion d.. ..eu ôte, pour ainsi dire, toute prise à la maladie. La guérison du porrigo doit ..donc résulter de l'avulsion des poils sans qu'il y ait destruction ou altération du bulbe, puisqu'au bout d'un temps donné, la maladie doit cesser complétement de se reproduire faute d'aliment. »

Calotte. — L'emploi de la *calotte*, affreux moyen, abandonné aujourd'hui à cause des souffrances atroces qu'il détermine, atteignait ce but. Il consistait dans le mélange suivant :

℞ Farine de seigle.....	125 gram.	Vinaigre blanc.........	1000 gram.

Mettez sur le feu, et agitez ; puis ajoutez :

Deutocarbonate de cuivre en poudre.... 15 gram.

Faites bouillir doucement pendant une heure, et ajoutez :

Poix noire.	àâ 125 gram.	Poix de Bourgogne......	180 gram.
Résine...............			

Quand tout est fondu, ajoutez :

Éthiops antimonial en poudre............. 180 gram.

Agitez, puis étendez sur de la toile.

Après avoir préalablement ramolli et fait *tomber les croûtes par des cataplasmes* et *coupé les cheveux* avec des ciseaux le plus ras possible, *on appliquait cet em-plâtre sur le cuir chevelu*, et on l'y laissait séjourner et sécher.

Trois ou quatre jours après, *on l'enlevait brusquement et à contre-poil*, puis *en mettait un second*, que l'on arrachait après le même intervalle. *On renou-lait ensuite l'emplâtre de deux en deux jours*, ayant soin de raser la t.. lorsque cela paraissait nécessaire. On continuait cette opération si cru.. pendant plusieurs mois, et chaque pansement enlevait une certaine quantité .. cheveux.

On comprend la manière d'agir de ce moyen barbare. Tel qu'il vient d'ê.. décrit, il ne saurait être employé aujourd'hui. Cependant les succès qu'il a pro-curés sont nombreux, et si l'on pouvait le modifier de manière à le rendre facile-ment supportable, on aurait tort d'y renoncer. Or c'est précisément ce qu'ont fa.. MM. Bretonneau et Trousseau ; car les modifications qu'ils y ont apportées le ren-dent exempt de douleur et de tout inconvénient. Ce moyen a eu de très bo.. résultats à l'hôpital de Tours. Voici comment il est exposé (1) :

« La substance emplastique dont on fait usage est un mélange de diverses résines, de farine et de vinaigre, dans les proportions suivantes :

Farine de seigle.........	110 gram.	Résine de térébenthine...	48 gram.
Poix de Bourgogne......	124 gram.	Vinaigre blanc..........	1,250 gram.
Poix-résine............	96 gram.		

(1) *Du traitement de la teigne* par l'emploi de la calotte (Bulletin de thérap., t. XXX.., *mai 1848*).

» Ces proportions ne sont pas sans doute absolues. Elles peuvent être changées ivant telle ou telle indication particulière ; mais ce ne sont pas celles qu'on em- »ie le plus communément, et qui se trouvent dans un grand nombre de formu- res. On obtient ainsi un mélange de couleur jaunâtre, brunissant à l'air, de con- tance assez molle pour qu'on puisse l'étendre très facilement comme une pom- ıde un peu épaisse.

» L'emplâtre bien préparé, on coupe de petits morceaux de toile en forme de mi-côtes de melon, de véritables triangles isocèles par conséquent, et d'une andeur telle que leur pointe étant placée au sommet de la tête, leur base arrive on pourtour. On les couvre d'une couche un peu épaisse de l'emplâtre-calotte. ı coupe alors les cheveux bien exactement, et, pour plus de facilité, avec des eaux courbés sur le plat. Il est tout à fait inutile de raser la tête : il serait sou- nt impossible ou dangereux de le faire. On applique alors sur le cuir chevelu les orceaux de linge recouverts de l'emplâtre, en ayant soin de poser leur pointe sur sommet de la tête, en sorte que tous partent du même point, et que leur base, rmant autour de la tête une même ligne circulaire, ils constituent une véritable lotte à côtes.

» Pour maintenir les pièces de l'appareil exactement appliquées, on placera avec antage autour de la base une bande de sparadrap de la largeur du doigt et assez ngue pour faire une ou deux fois le tour de la tête.

» L'appareil ainsi formé se dessèche bientôt. On l'enlève tous les cinq ou six urs pour le renouveler exactement de la même manière. Dès que les cheveux ndissent, on les coupe et avec les mêmes précautions, de façon à les maintenir nstamment bien ras.

» L'appareil s'enlève ordinairement sans douleur, ce qui se comprend très bien, cheveux ayant été préalablement coupés. Si pourtant on produisait le moindre llement douloureux, il suffirait, pour le faire cesser bientôt, de mouiller l'appa- . On renouvelle d'ailleurs très régulièrement les applications jusqu'à ce que la adie ait complétement disparu.

» Il est facile de voir que cette médication, malgré l'analogie qu'elle a avec l'an- ne, en diffère pourtant essentiellement. Ici point d'arrachement violent des eux ; tout se réduit à une application topique médicamenteuse. »

C'est à peu près le même procédé qu'a préconisé M. Henriette (1) ; seulement, médecin n'applique que quelques bandelettes à la fois et à distance les unes des res, la douleur étant plus vive quand elles sont rapprochées ; lorsque l'épilation complète dans ces points, il met de nouvelles bandelettes dans d'autres parties : t, à proprement parler, une épilation graduelle.

M. Samuel Plumbe avait conseillé, pour éviter les affreuses douleurs de la ca- te, d'*épiler les cheveux un à un à l'aide de petites pinces*. Cette opération, p longue quand le favus est un peu étendu, est elle-même douloureuse lorsque cheveux adhèrent encore à leurs bulbes. Elle était généralement abandonnée que M. Bazin (2) l'a reprise en la modifiant et la rendant plus facile et moins uloureuse. Voici comment il agit :

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 octobre 1852.
(2) *Loc. cit.*

TRAITEMENT DE M. BAZIN.

1° Frictionner pendant quelques jours les parties que l'on veut épiler, av l'*huile de cade*, une *pommade alcaline*, l'*huile de noix d'acajou* incorporée l'axonge, etc.

2° *Épilation* avec une pince à mors.

3° Immédiatement, lotion savonneuse et imbibition avec une *solution de su blimé*, 3 à 5 grammes pour 500 grammes d'eau.

4° Continuer les lotions avec le sublimé pendant trois ou quatre jours, matin et soir, puis les remplacer par des onctions avec la pommade suivante :

Axonge..........	500 gram.	Acétate de cuivre......	1 gram.

5° S'il survient une éruption pustuleuse, on se borne à vider les pustules en les perçant avec une épingle.

6° Si de petits godets faviques reparaissent, recommencer le traitement plusieurs fois.

MÉTHODE DES FRÈRES MAHON.

« MM. Mahon commencent par *couper les cheveux à deux pouces du cuir chevelu*, afin de pouvoir les faire tomber plus facilement avec le peigne ; ils *détachent* ensuite *les croûtes avec du saindoux*, ou à l'aide de *cataplasmes* de farine de graine de lin ; puis ils *lavent la tête* avec de l'*eau de savon*. Ces onctions et ces lotions sont répétées avec soin pendant quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que le cuir chevelu soit nettoyé. C'est alors que commence le second temps du traitement, qui a pour but d'obtenir *lentement* et *sans douleur* l'avulsion des cheveux sur tous les points où le favus s'est développé.

» On fait tous les deux jours des *onctions avec une pommade épilatoire*. Ces onctions doivent être continuées plus ou moins longtemps, selon que la maladie est plus ou moins invétérée. Les jours où l'on ne met pas de pommade, *on passe à plusieurs reprises un peigne fin dans les cheveux*, qui se détachent sans douleur.

» Après quinze jours de ces pansements, *on sème dans les cheveux une fois par semaine, quelques pincées d'une poudre épilatoire ;* le lendemain, on passe le peigne dans les cheveux sur les points malades, et l'on y pratique une *nouvelle onction avec la pommade épilatoire*. Ces onctions doivent être continuées plus ou moins longtemps, selon la gravité de la maladie.

» On continue ainsi pendant un mois ou un mois et demi. On remplace alors la première pommade épilatoire par une seconde faite avec du *saindoux et* une *poudre épilatoire plus active*, avec laquelle on pratique également des onctions sur tous les points affectés, pendant quinze jours ou un mois, suivant la gravité de la maladie. Après ce terme, on ne fait plus ces onctions que deux fois par semaine, jusqu'à ce que les rougeurs de la peau aient entièrement disparu. Les jours où l'on ne fait pas usage de la pommade, on peigne le malade une ou deux fois, ayant soin de ne pas trop appuyer le peigne, qu'on imprègne de saindoux ou d'huile. »

enave, qui a expérimenté une foule de moyens, nous apprend que la mé- MM. Mahon est celle qu'il a vue réussir le plus constamment; aussi -il pas à formuler son opinion sur ce traitement de la teigne de la manière « Il est évident pour moi que les succès de cette méthode, dérivée de , sont dus à l'épilation d'abord, et ensuite aux soins minutieux et régu- : les frères Mahon entourent les malades qui leur sont confiés. Dans cette n, j'ai fait procéder depuis quelque temps dans mon service au traitement ;ne suivant des errements analogues : ainsi je fais oindre et saupoudrer ement les places malades avec une pommade ou une poudre épilatoire. ›yant ce moyen avec persévérance, et surtout en faisant nettoyer et pei- ; soin les enfants, j'ai obtenu des résultats vraiment remarquables, mais e assez nombreux et assez complets. » Ce jugement d'un médecin aussi is la thérapeutique des maladies cutanées nous donne la mesure de la va- a méthode épilatoire.

mmade et la *poudre épilatoire* des frères Mahon sont, comme on le sait, n secret; elles ont pour base des préparations alcalines, et surtout la *chaux*. · conseille de se servir dans le même but de la pommade suivante :

·b. de pot. ou de soude 4 à 8 gram.	Axonge .... 30 gram.

eau est enflammée, il veut qu'on la lave avec la solution suivante :

·carbonate de potasse. 8 gram.	Eau .... 1000 gram.

ıux autres méthodes, la plupart consistent dans l'emploi des moyens jour- mis en usage dans le traitement des maladies chroniques qui affectent ı le cuir chevelu. M. Cazenave dit avoir souvent employé avec avantage *·utions alcalines* pour nettoyer le cuir chevelu, les *douches sulfureuses* s *lotions acidulées* soit avec le *vinaigre*, soit avec l'*acide nitrique*, soit *le chlorhydrique;* il a aussi employé sous la même forme la dissolution *de zinc*, de *cuivre*, de *nitrate d'argent*, de *sublimé*.

e premier, a expérimenté à l'hôpital Saint-Louis une pommade dont l'*io- oufre* faisait la base, et il a obtenu des succès remarquables. Après avoir endant longtemps les émollients et les alcalins, il faisait frictionner, matin tête du malade avec la pommade suivante :

·e de soufre........ 4 gram.	Axonge .... 30 gram.

enave dit avoir souvent recours à cette méthode avec succès, en y ajou- fois l'usage des lotions alcalines.

; pommade on pourrait en joindre une foule d'autres qui ont été vantées. rons seulement les plus accréditées, celles, par exemple, où l'on a incor- *soufre*, le *calomel*, l'*oxyde de manganèse*, le *poivre*, la *suie*, l'*onguent* tc., etc.

utérisation a été préconisée dans le traitement du porrigo. Ce moyen, qui *it convenir quand la maladie* est très étendue, ne doit être appliqué qu

partiellement et sur des surfaces très limitées. On comprend à quels inconvénients pourrait entraîner l'oubli de cette précaution dans l'emploi d'un agent aussi énergique. D'ailleurs les preuves qu'on a fournies en faveur de ce moyen ne sont encore ni assez concluantes ni assez nombreuses.

Le docteur Affre (1) prescrit les *bains de mer froids* pendant dix minutes, deux fois par jour, avec *aspersion d'eau de mer sur la tête.* Il cite une observation de guérison par ce traitement, et annonce qu'il lui a également réussi dans d'autres cas : « Il faut préalablement, dit-il, faciliter la chute des croûtes par des cataplasmes, et produire une dérivation au moyen d'un vésicatoire au bras. »

Le traitement par l'*acide acétique*, proposé par le docteur Wigan (2), doit trouver place ici. Voici l'exposé qui en a été fait (3) et qui suffira pour en donner une idée.

TRAITEMENT DU DOCTEUR WIGAN.

Cette méthode consiste d'abord *à raser la tête en laissant subsister un cercle de cheveux*, si toutefois ils n'offrent pas des traces évidentes d'altération. Le docteur Wigan emploie ensuite, comme moyen explorateur, l'*acide acétique concentré*, étendu de trois parties d'eau ; cette première application a pour effet de rougir la peau dans les endroits malades, même dans ceux qui, au premier abord, paraissent parfaitement sains. Chacun de ces endroits, ainsi devenus rouges, est humecté *au moyen d'une petite éponge fixée au bout d'une baguette et imbibée d'acide acétique concentré pur.* A la suite de ces cautérisations, *il se forme une eschare ;* cette eschare augmente de volume, et dès qu'elle est complétement desséchée, *on peut la détacher*, en ayant soin cependant de ne pas l'enlever lorsque la peau sous-jacente est encore à vif. Les cheveux poussent ensuite ; si cependant ce résultat n'était pas obtenu, on devrait employer d'autres applications, quoiqu'il y ait des inconvénients à les répéter trop souvent.

Comme on le voit, le traitement du favus est exclusivement extérieur. Cependant on a administré à l'intérieur les *alcalins*, les *sudorifiques*, etc., etc., sans qu'on puisse déterminer leur valeur, parce qu'ils ont été toujours associés à une médication externe d'une efficacité reconnue. Toutefois le traitement intérieur serait un puissant auxiliaire dans les cas où la constitution faible ou détériorée devrait être soutenue et restaurée par l'emploi des *toniques*, des *amers*, des *ferrugineux*, d'un *régime* fortifiant.

Tels sont les moyens principaux employés contre le porrigo tel que nous l'avons décrit ; une condition de leur efficacité, c'est un usage longtemps continué.

[M. le docteur Duchesne-Duparc qui range le favus dans les gourmes, sa troisième classe des dermatoses, adopte le traitement du favus tel qu'il est indiqué par M. Bazin, et déclare qu'il n'y a point de guérison du favus sans épilation (4).]

(1) *Union médicale*, 17 février 1852.
(2) *Journal für Kinderkrankheiten*, mars 1844.
(3) *Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 352.
(4) Duchesne-Duparc, *Traité pratique des dermatoses.* Paris, 1859.

ARTICLE IV.

ACNÉ.

'lacé à tort dans les affections tuberculeuses par Willan et Bateman, l'acné, ıux étudié par Biett, a été rangé par cet auteur dans les maladies pustuleuses. lésion élémentaire de l'acné est, en effet, une pustule; aussi cette manière de r a-t-elle été adoptée par MM. Rayer, Cazenave et Schedel, qui placent le siége mal dans le follicule sébacé. Nous décrirons, avec ces derniers, quatre variétés l'acné : 1° l'*acne simplex*, 2° l'*acne sebacea*, 3° l'*acne indurata*, 4° l'*acne rosa-*. Cette division nous permettra d'exposer d'une manière aussi complète que ısible l'histoire de l'inflammation folliculeuse désignée sous le nom d'*acné*.

§ I. — Définition.

On peut définir l'acné une inflammation ayant son siége dans les follicules séba- de la peau, et caractérisée par la présence de petites pustules isolées, dont la e, plus ou moins dure, d'un rouge foncé, forme souvent, après la disparition de pustule, une petite tumeur dure, circonscrite, dont la résolution ne s'opère que ıtement. Ajoutons, toutefois, que, pour M. Bazin (1), l'inflammation ne joue s l'acné qu'un rôle secondaire, accessoire et non nécessaire. « L'acné, dit-il, ısiste alors en une hypertrophie des follicules avec éruption à la peau. » Ce mé- cin admet également une variété qu'il nomme *acné varioliforme*.

L'acné, tel que l'ont compris Willan et Bateman, correspond à la *couperose*, à *dartre pustuleuse miliaire*, à la *dartre pustuleuse disséminée* d'Alibert; il ré- nd au genre *gutta rosea* de Darwin (*zoonomia*) et au genre *rosa* de Chiarugi, i en a décrit trois espèces sous les noms de *rosa vera*, *rosa discreta*, *rosa her- ica*. Les Latins désignaient aussi l'acné sous le nom de *varus*.

La *fréquence* de l'acné est un fait facile à constater, son siége de prédilection nt à la face. Néanmoins on le rencontre souvent sur le cou, les épaules, le tronc, dans ces derniers cas, il n'est pas rare qu'il reste ignoré des individus mêmes en sont affectés.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

'acné n'a pas la même forme aux diverses époques de la vie où il se produit si, c'est l'*acne simplex* qu'on rencontre le plus souvent dans l'adolescence et s la puberté; tandis que l'*acne rosacea* s'observe dans l'âge mûr, principale- nt chez les femmes, à l'époque critique, et que c'est surtout la jeunesse qui est inte de l'*acne sebacea*. Biett (2), d'après des observations longtemps continuées, rde les *femmes* comme plus disposées que les hommes à être affectées de e inflammation folliculeuse. Suivant plusieurs auteurs, le *tempérament bilieux*, s l'âge adulte, et le *tempérament sanguin*, dans la jeunesse, y prédisposent ncipalement.

1) *De l'acné varioliforme*. Paris, 1851.
2) *Dict. de méd.*, t. I, art. ACNÉ, 1832.

Au nombre des causes qui favorisent le développement de l'acné, on a cité les *excès de table*, les *habitudes vicieuses*, les *professions* qui exigent une attitude favorable à l'abord du sang vers la tête, les longs *chagrins*. Les *climats froids et humides* paraissent avoir la même influence : au moins l'acné est-il plus fréquent en Angleterre et dans le nord de l'Allemagne que dans les régions du Midi.

L'*acne simplex*, qu'on observe à l'époque de la puberté, et l'*acne rosacea*, qui survient si souvent à l'âge critique, ne permettent guère de douter des rapports de l'acné avec le travail dont les organes génitaux sont le siége. Il en est de même de la *dysménorrhée* et de la *grossesse*, pendant lesquelles l'éruption folliculeuse est suspendue ou aggravée.

La plupart des auteurs ayant observé la transmission successive de l'acné à plusieurs générations, n'ont pas hésité à le regarder comme *héréditaire* dans un grand nombre de cas.

2° Causes occasionnelles.

Elles sont peu nombreuses et peu connues; quelques-unes de celles que nous avons nommées tout à l'heure ont pu, si l'on s'en rapporte à quelques faits, déterminer l'acné par leur action prompte : telles sont une *frayeur vive*, l'exposition de la face à une chaleur ardente, etc., etc. Le plus souvent c'est dans des *applications directes sur la peau* qu'on trouve l'origine du mal ; par exemple, l'emploi de certains *fards*, de *cosmétiques irritants*, de *lotions styptiques, astringentes*.

§ III. — Symptômes.

1° *Acne simplex.* — Il se manifeste par de petites *élevures* rouges, disséminées sur le front, le nez, les joues; la base de ces élevures est généralement entourée d'une *aréole rosée*. Chacune d'elles se développe isolément et suit sa marche sans s'accompagner de douleur ni de chaleur, si ce n'est parfois d'un *fourmillement léger*. Le travail de *suppuration* s'établit lentement, et la pustule n'est souvent bien caractérisée qu'au bout de huit jours. Vers le milieu du second septénaire, le sommet de la petite pustule s'amincit, se déchire et se recouvre d'une *croûte* mince, légère, quelquefois à peine perceptible. Au dos, où le plus souvent la suppuration est abondante, la croûte est plus épaisse, mais elle tombe bientôt par le frottement des vêtements. Après la chute de la croûte, il reste un *point rouge* un peu élevé qui disparaît peu à peu.

Dans beaucoup de cas, les pustules de l'*acne simplex* sont entremêlées de petits *points noirâtres*, saillants, formés par l'*accumulation du fluide sébacé*, qui va jusqu'à donner au follicule le double de son volume. C'est de cet état que certains auteurs ont fait une variété de l'acné sous le nom d'*acne punctata*.

2° *Acne indurata.* — Dans cette variété, qui peut être fort légère, on voit apparaître quelques *pustules* qui s'élèvent lentement; la suppuration ne s'y établit que dans l'espace de deux ou trois septénaires, ou même manque quelquefois. Plus tard surviennent d'autres pustules qui suppurent; leur base reste dure, rouge, et le *tissu cellulaire* engorgé concourt à former une sorte de *tubercule* ou d'induration *chronique*. Il s'en développe ainsi un nombre limité, et l'affection se borne là.

Dans certains cas, l'acné est plus intense, et les traits du visage sont considéra-

nent altérés : on y voit des *tubercules d'un rouge livide*, siégeant principale-
it sur les tempes et sur le nez. Dans les intervalles existent des *pustules suppu-
ées* ou à l'état naissant ; ou bien des *croûtes légères ;* on y voit aussi une
titude de *points noirs* résultant de l'accumulation de la matière sébacée dans
follicules.

'acne indurata peut, sous ces deux formes, attaquer séparément le visage ou
los. Il n'est pas rare de trouver des individus dont cette dernière région est
semée de *cicatrices* qui sont les restes d'anciennes éruptions, et qui présentent
forme oblongue.

° *Acne sebacea.* — Indiquée pour la première fois par Biett, cette variété a été
uis décrite avec soin par M. Cazenave (1). Elle est caractérisée par l'abondance
raordinaire du fluide sécrété. Ordinairement c'est à la face qu'on observe l'*acne
acea.*

Au commencement, la *peau* devient *huileuse* dans les points affectés ; bientôt
ritation augmente ainsi que la *sécrétion folliculeuse* qui en est la suite. Répandu
a surface cutanée, le *liquide sécrété* y prend de la consistance ; puis, par une
umulation successive, il forme une sorte de *couche* d'étendue variable d'un
ect gras, jaunâtre.

D'abord molle, peu adhérente, cette couche ne tarde pas à se durcir, et l'on ne
ut la détacher sans douleur. Quelquefois, surtout quand elle a le nez pour siége,
qu'elle dure depuis quelque temps, elle prend une *couleur noirâtre* qui lui
nne une apparence singulière. Dans certains cas, l'inflammation des follicules
ut, selon MM. Cazenave et Schedel, être portée au point que le fluide sécrété
t altéré et se rapproche du *liquide séro-purulent* des vésicules de l'eczéma.

4° *Acne rosacea.* — Vulgairement désignée par le nom de *couperose*, cette va-
té, qu'on observe généralement dans l'âge mûr, a le nez pour siége de prédi-
tion.

Après un léger excès de régime, quelquefois un simple repas, on voit cet organe
ndre à sa pointe une couleur d'un *rouge violacé.* Cette rougeur devient bientôt
itnelle et donne à la physionomie un caractère particulier.

De temps en temps apparaissent quelques *pustules* qui le plus souvent ne sup-
ent pas, et la rougeur s'étend et augmente d'intensité. Ces congestions renou-
ées donnent au nez un *volume plus considérable*, une forme différente de celle
il avait auparavant. Sa surface se couvre de *lignes bleuâtres variqueuses* qui
chent sur la couleur rouge ou violacée du fond.

Dans certains cas la maladie s'étend aux joues, au front, au menton, à tout le
ge. La rougeur, qui est générale, est surtout prononcée là où existent des
tules : la *suppuration* ne s'y établit pas d'une manière franche, et il reste tou-
rs une sorte d'*induration* au niveau de laquelle l'injection de la peau est plus
rquée.

Après un certain temps, la *peau du visage* devient inégale, rugueuse, d'un
ect repoussant ; les traits sont plus ou moins altérés. La rougeur, qui est, en
néral, plus marquée le soir et après les repas, finit par prendre une teinte vio-

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850, in-8, p. 315.

[redacted]

lacée sur laquelle s'élèvent de nombreuses *pustules* qui s'en distinguent, et leur saillie, et par la couleur jaune de leur sommet.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Quelle que soit sa forme, l'acné a une *marche* lente et une *durée* toujours gue. Il faut en excepter quelques cas d'*acne simplex*, rares à la vérité; mais tout d'*acne sebacea*, dont la durée n'a pas dépassé deux ou trois septénaires général, l'acné persiste avec opiniâtreté, et la *couperose* se prolonge des a entières.

L'*acne indurata* peut être, dans certains cas, considéré comme une *termin* de la maladie. Quand celle-ci a duré longtemps, si elle disparaît, la peau n prend jamais entièrement son état naturel : cela est surtout vrai pour l'*acne cea*. La guérison, quoique toujours difficile à obtenir, est une terminaison fréquente, principalement dans les variétés *simplex* et *sebacea*.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. —Il est toujours facile, surtout pour l'*acne simplex* et l'*acne r* Les croûtes molles, huileuses, peu adhérentes, d'un jaune sale, noirâtres, de *sebacea*, ne sauraient être confondues avec les croûtes sèches, rugueuses, fr d'un jaune ambré de l'*impetigo*.

L'élément *pustuleux* de l'acné le fera toujours distinguer des papules du dont le sommet excorié et croûteux pourrait quelquefois en imposer. On n pas plus embarrassé pour le *lupus*, qui, par la destruction des parties qu'il offre un caractère distinctif suffisant. Quant au *sycosis*, nous en donnero détail les signes distinctifs quand il sera question de cette affection.

Pronostic. — Si l'individu est jeune, la maladie récente, l'éruption lé non entretenue par les causes qui l'ont fait naître, on peut espérer en tri facilement : c'est ce qui arrive pour beaucoup de cas d'*acne simplex* et d'*ac cea*. Quant aux autres variétés, ordinairement plus rebelles, elles persiste quefois indéfiniment, et en général, on peut dire de l'acné, quelle qu'en forme, que c'est une maladie difficile à guérir.

§ VI. — Traitement.

S'il est vrai, comme l'indiquent les auteurs, que les différentes formes d exigent chacune une médication particulière, il est néanmoins un certain de moyens thérapeutiques qui sont communs à toutes.

1° *Traitement commun aux diverses espèces.* —Un *régime* simple et doux habituel de *boissons rafraîchissantes*, la *privation des alcooliques* et des analogues, l'éloignement de toutes les causes qui peuvent appeler le sang tête, de temps en temps quelques *révulsifs sur le canal intestinal*, quelqu *vatifs aux extrémités*, l'emploi de quelques *topiques émollients*, soit en soit en pommades; enfin, si le cas l'exige, quelques *émissions sanguines* g ou locales, tels sont les moyens qui constituent la base du traitement géné employé. Dans les cas d'*acne simplex*, dans quelques cas d'*acne rosacea* c

t, ils peuvent suffire pour entraver la marche de la maladie et amener une gué-
ɪn rapide. Mais dans la plupart des cas, le médecin est obligé de recourir à moyens plus actifs; ce sont eux qu'il nous reste à exposer, et qui diffèrent sui-
ıt les diverses variétés de l'acné.

2° *Traitement de l'acne simplex.* — Dans les cas d'*acne simplex* où les pustules ıt peu nombreuses, il n'y a réellement rien à faire ; cependant leur persistance engagé quelques praticiens à conseiller l'usage des lotions avec l'*eau de son*, *mulsion d'amandes amères*, la décoction de *semences de coing*. Les anciens fai-
ent, dans ces cas, un emploi fréquent de liniments dont la *térébenthine*, le *naigre*, le *savon*, la *myrrhe*, etc., etc., étaient la base. Nous manquons de faits ɪur apprécier l'efficacité de la plupart de ces moyens, presque tous abandonnés ıjourd'hui.

M. Wilson (1) a réussi a faire disparaître cette affection à l'aide du *collodion* ndu sur les surfaces malades.

3° *Traitement de l'acne indurata.* — Dans l'*acne indurata*, la plupart des ıyens ont pour but de résoudre les tubercules et d'imprimer à l'éruption chro-
ɪue une marche plus aiguë. C'est ainsi qu'on a conseillé les *lotions d'eau distillée roses rouges*, de *petite sauge*, de *lavande*, à laquelle on ajoute une proportion lcool qui varie selon le degré d'irritation de la surface malade. La solution sui-
ıte est préconisée par Biett, MM. Cazenave et Schedel :

℞ Sublimé.........	25 à 30 centig.	Eau distillée...........	250 gram.

Pour lotions.

On peut, selon ces auteurs, y ajouter 30 grammes d'alcool rectifié.

La *liqueur de Gowland*, qui jouit en Angleterre d'une grande réputation, dif-
e peu de cette préparation. En voici la formule :

Liqueur de Gowland.

℞ Deutochlorure de mercure.	1 décig.	Émulsion d'amandes amères.	200 gram.
Sel ammoniac..........	1 décig.		

Pour lotions.

Les *eaux sulfureuses*, surtout celles de Baréges, d'Enghien, de Cauterets, etc., ont employées avec avantage en *lotions* et en *bains ;* elles pourront également e *données à l'intérieur.*

Parmi les *pommades* dont on a vanté l'efficacité, nous citerons celle qui est com-
sée d'un mélange de *protochlorure ammoniacal de mercure* à la dose de 1 à rammes, avec 30 grammes d'axonge, et dont on fait des frictions répétées sur parties indurées.

Biett se servit avec succès, pendant plusieurs années, de la pommade avec l'*io-
re de soufre ;* il en a donné la formule suivante :

℞ Iodure de soufre.	0,80 à 1,50 gram.	Axonge................	30 gram.

Pour frictions.

1) *The Lancet* et *Répert. de pharm.*, janvier 1849.

Les *bains*, mais surtout les *douches de vapeur aqueuse* dirigées pendant douze à quinze minutes sur la face, aident puissamment à la résolution des tubercules. Leur emploi est vanté par Biett, MM. Rayer, Cazenave et Schedel, etc. Il en est de même des *bains de vapeur* dans l'étuve humide, quand la maladie a son siége sur le dos, les épaules et la partie antérieure de la poitrine.

La *cautérisation*, l'application d'un *vésicatoire* sur les points affectés, dans le but de changer la vitalité des tissus, sont des moyens, sinon dangereux, du moins trop incertains dans leur emploi pour qu'on puisse les conseiller sans hésitation.

4° *Traitement de l'acne sebacea.* — L'*acne sebacea* a cédé plusieurs fois, dans les mains de Biett, au bout de quelques semaines, à l'emploi des *douches de vapeur* dirigées pendant quinze à vingt minutes sur les surfaces malades. Il secondait l'action de ce moyen par l'usage de *lotions* avec des *infusions* d'abord *narcotiques* et plus tard rendues *styptiques* par l'addition du *sulfate d'alumine* ou de quelques *acides végétaux*. Dans un cas, M. Cazenave (1) a modifié avantageusement une *acne sebacea* datant de quatre ans, par l'emploi combiné des *sudorifiques*, des *bains*, des *douches de vapeur aqueuse*, des *lotions ammoniacales* et des frictions avec la pommade suivante :

℞ Iodure d'ammonium.... 1 gram. | Axonge................ 30 gram.

Frictions trois fois par jour avec gros comme une fève de marais de cette pommade.

5° *Traitement de l'acne rosacea.* — Depuis longtemps on a reconnu l'impuissance de la thérapeutique dans le traitement de la *couperose*. « Dans l'*acne rosacea* disent MM. Cazenave et Schedel, toute la médication consiste dans les moyens hygiéniques. » L'emploi des topiques, si utiles dans l'*acne indurata*, est, selon ces auteurs, beaucoup moins avantageux ici, et peut même devenir nuisible. Ils pensent que si quelquefois on est obligé de recourir aux *émissions sanguines*, il est préférable de s'adresser aux *saignées locales*; ils conseillent les *pédiluves irritants*, comme auxiliaires utiles. Dans les cas où il y aurait quelques tubercules dolents, on pourrait, selon eux, avoir recours aux *douches de vapeur*, et même à quelques légères *frictions* ou *lotions résolutives*.

Le docteur Rochard (2) a publié un mémoire contenant trois observations destinées à faire connaître l'efficacité de l'*iodure de chlorure hydrargyreux* en onctions contre la couperose ; la proportion du composé médicamenteux est de 75 centigrammes pour 60 grammes d'axonge; une seule friction suffit dans la journée; elle doit être limitée aux surfaces malades. On la renouvelle pendant deux ou trois jours pour la suspendre pendant le même temps et la reprendre ensuite.

Le *collodion* étendu sur la surface malade a eu de grands avantages dans plusieurs cas.

Quelle que soit la médication qu'on emploie, on doit, suivant tous les auteurs, insister longuement sur l'usage des agents thérapeutiques, l'acné étant de sa nature une maladie difficile à guérir.

(1) *Ann. des malad. de la peau*, p. 303. Paris, 1844.
(2) *Union médicale*, 27 décembre 1851.

ADDITION A L'ARTICLE ACNÉ.

[*De l'acné varioliforme.* — *Définition.* — M. Bazin (1) définit l'acné varioli-rme une affection des cryptes cutanés, caractérisée par l'hypertrophie de ces yptes avec altération de la matière sébacée, qui, retenue dans les cavités follicu-ires, détermine une tumeur à la peau ressemblant de tous points par son ombi-ation aux élevures vésiculo-pustuleuses de la variole.

Nature. — Cette définition indique la nature de l'éruption, mais n'exclut pas s interprétations émises sur ce sujet. Suivant M. Huguier, qui a remarqué quel-ues tumeurs d'acné varioliforme sur les organes génitaux de la femme, et qui ésigne sous le nom d'ecdermoptisis cette affection folliculaire, elle est constituée ar l'hypertrophie pure et simple des follicules sébacés qui, trouvant de la résis-ance dans les couches profondes et fibreuses de la peau, étaient repoussées au ehors. M. Huguier ne connaît qu'un traitement chirurgical à l'affection. Pour uérir, M. Bazin ne se fait pas chirurgien.

Fréquence. — L'acné varioliforme n'est pas rare, autant qu'on pourrait le croire; eulement il a échappé longtemps parce que l'attention n'était pas appelée sur ette affection. Tous les médecins ont pu en voir quelques cas, ou tout au moins s traces cicatricielles d'un acné antérieur.

Etiologie. — Le sexe féminin prédispose peut-être à cette affection. L'âge sem-le déterminé; les malades observés n'avaient jamais plus de trente ans. Le tempé-ment lymphatique, les conditions originelles ou acquises de la tuberculisation et la scrofule, ont paru des *causes prédisposantes.*

Siége. — On l'observe sur toutes les parties du corps, mais surtout à la face et cou; quelquefois à la partie antérieure de la poitrine, d'autres fois aux organes uels.

Symptômes. — *Marche.* — *Evolution.* — Au *début*, on voit apparaître sur le rps, les mains, les membres inférieurs, par exemple, une petite éminence papu-use presque imperceptible, qui se sent et ne se voit pas encore, aplatie, épider-que, semi-transparente et grossissant avec lenteur. A la loupe, on voit déjà un bilic central, et le pourtour demi-transparent. En quelques semaines de l'hémi-hère d'un grain de mil, l'engorgement folliculaire acquiert le volume d'un grain chènevis ou d'un pois : alors c'est une tumeur arrondie, avec un cercle om-lical au centre. Ce point central est noir, gris-cendré ou blanc sale, formé quel-efois par une substance rugueuse qu'on voit sortir du follicule, soit spontané-ent sous forme d'appendice vermiforme, soit par une pression un peu forte entre s doigts. Ce point central, cet appendice n'est autre chose que la matière sébacée ncrète qui remplit et distend le follicule. Quelquefois l'ombilic semble manquer; ais à la loupe, on finit par le trouver sur le côté ou la partie inférieure du outon.

Aucune démangeaison n'est accusée par les malades.

Variétés. — *Eruptions concomitantes.* — Le nombre des boutons est variable;

(1) *Journal des connaissances médicales*, 1851.

on en a vu quarante sur le visage rassemblés sous forme *discrète* ou *cohéren* en général accompagner sur la même région ou dans des points isolés, les di\ variétés d'acné, *simplex*, *indurata*, *pustulata*.

Terminaisons. — La durée est variable, quelquefois indéfinie, quand les cules sont pleins de matière sébacée. Souvent les enfants les arrachent av ongles; le plus ordinairement ils disparaissent d'eux-mêmes. La *guérison* a li deux manières: 1° par *l'évacuation spontanée du follicule* et son inflamn adhésive, inflammation qui va jusqu'à la formation de pus et d'une croûte sucre d'orge, et d'une cicatrice consécutive; 2° par l'étranglement et la mor tion du follicule laissant à sa place une eschare qui tombe et laisse une si enfoncée, brisée, formant en quinze ou dix-huit mois une cicatrice des plu marquables.

Caractères des cicatrices. — Elles sont gaufrées, rayonnées comme cell la vaccine et de la variole, arrondies, à bords nets, comme taillés à pic, blanch avec des dépressions multiples plus colorées que le reste de la dépression, du desquelles on voit à la loupe sortir un poil. Ces dépressions paraissent répc aux couronnes de follicules sébacés qui entourent la base de chaque poil.

Anatomie pathologique. — En incisant verticalement la tumeur, on vo microscope ou à la loupe: 1° la matière sébacée qui remplit le follicule ave aspéct granuleux; 2° plus en dehors, la couche épithéliale de la paroi intern follicule.

Diagnostic. — La ressemblance avec les pustules de la *variole* et de la *vario* est extrême et a donné plus d'une fois le change; les prodromes et les sympt généraux jugent ces deux maladies. La *verrue*, le *porreau* n'ont pas d'oml L'*acné syphilitique* a une forme différente, un siége spécial et souvent une ration toute spécifique.

Rétrospectivement les cicatrices de l'acné de date ancienne éclaireront sı nature de l'acné identique qui viendrait à naître ailleurs, et distingueront affection des *brûlures*, de la vaccine, de la variole, de l'*ecthyma cachecticum* *rupia*, des *syphilides* et des *scrofulides*.

Pronostic. — Les cicatrices n'ont pas lieu ordinairement sur la face; le tr les membres et le dos en sont le plus souvent recouverts. Il y a là une diffor plutôt qu'une maladie. La période d'inflammation détermine quelquefois de souffrances.

Traitement. — Il est surtout local. Si l'acné est *simple*, huile de cade en tions, et lotions alcalines. Si l'acné est compliqué d'inflammation éliminat incision du sommet à la base du follicule enflammé; l'excision est plus dou reuse et laisse des taches.

Traitement général. — Modifier la constitution, amers, laxatifs, fer, i bains émollients, alcalins, sulfureux.

Nature. — Hypertrophie des follicules, avec éruption à la peau. L'inflammat est un caractère accessoire et non un phénomène nécessaire de l'acné.]

ARTICLE V.

SYCOSIS.

§ I. — Nature de la maladie.

[Nous devons aux recherches de M. Bazin (1) des idées tellement nouvelle
le sycosis, qu'il nous semble inutile de reproduire les opinions antérieures
nme nous l'avons déjà dit, avec cet auteur, en parlant de l'herpès tonsu
nt, tout le secret de la maladie est dans la présence d'un parasite végétal, l
cophyton.

Ce parasite détermine des altérations anatomiques différentes, suivant les ré
ns de la peau : sur les points dépourvus de productions pileuses, il produ
plement l'herpès circiné ; sur le cuir chevelu, l'herpès tonsurant ; dans la régio
verte de barbe, le sycosis.

Là, en effet, le végétal pénètre dans le poil, se prolonge jusqu'au bulbe, qu'
re et se répand ensuite dans la cavité folliculaire.

Cette cavité étant plus grande, plus vasculaire que celles du cuir chevelu, o
prend que les altérations doivent être plus développées que celles de l'herpè
surant. De là la formation de pustules, d'indurations papuleuses, d'engorgement
mineux désignés sous le nom de tubercules et même d'œdèmes, de furo
s, etc.

En conséquence, les dénominations d'éruptions papulo-pustuleuse et pustulo-tu
culeuse, conviennent très bien au sycosis, mais à la condition que l'on ratta
chera ces lésions à la présence du parasite déjà désigné.

Causes. — Nous n'avons pas besoin de nous arrêter aux différentes causes qu
t été signalées par les auteurs, pas même à l'action irritante du rasoir, invoqué
par M. Cazenave. Il n'y a qu'une cause effective du sycosis, l'introduction da
l'épaisseur du poil et dans le follicule des spores du tricophyton ; seulement, o
doit évidemment considérer comme causes adjuvantes toutes les circonstances qu
amènent la mise en rapport du poil et des sporules.

Ainsi donc, par le seul fait de l'emploi d'instruments qui ont été en contact ave
une éruption de sycosis, on pourra contracter la même affection. En d'autres te
mes, le problème se réduit simplement à une question de contagion.]

§ II. — Symptômes.

Le nom de *mentagre*, sous lequel le sycosis est encore désigné par quelqu
auteurs, lui vient de ce qu'il affecte le plus souvent le menton. On trouve enco
cette maladie décrite sous le nom de *sycosis menti* ; c'est la *dartre pustuleuse me
tagre*, le *varus mentagra* d'Alibert.

Le sycosis est une maladie assez *fréquente* ; souvent confondue avec l'acné
l'impétigo, elle a dû le paraître moins qu'elle ne l'est en effet. Nous ne saurion
dans l'état actuel de la science, donner une idée exacte de cette fréquence.

(1) *Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face*, 1854.

[redacted]

Le sycosis débute d'une manière insidieuse. Pendant des mois entiers et à de longs intervalles, on voit apparaître, aux points où il y a de la barbe, de *petits boutons* qui n'ont qu'une durée éphémère. Ces petits boutons sont ensuite remplacés par une petite *pustule*, qui ne fait que passer, mais dont les caractères doivent attirer l'attention; elle est acuminée et douloureuse; au bout de trois ou quatre jours, elle se rompt et laisse une *petite croûte* qui tombe sans laisser de trace de son existence. Une autre pustule apparaît bientôt, suit la même marche, puis affecte une durée plus longue, jusqu'à ce qu'enfin il survienne une éruption de plusieurs pustules, accompagnée d'un *sentiment de tension douloureuse* et d'une *rougeur* prononcée des tissus. A cette époque, on peut déjà constater dans ce groupe de pustules une petite *induration* à leur base.

Les *croûtes* produites par la suppuration de plus en plus abondante sont plus épaisses; elles sont *noirâtres*, sèches, peu adhérentes. A leur chute, on voit poindre de nouvelles pustules qui parcourent les mêmes phases que les premières. Bientôt on peut juger des progrès de l'inflammation, qui, s'étendant au tissu cellulaire sous-dermique, donne lieu à ces *engorgements tuberculeux* qui finissent par former de véritables *nodosités*. C'est dans ces cas que le menton est altéré dans sa forme; quelquefois ces tumeurs ressemblent en quelque sorte à des cerises, et donnent à la physionomie un aspect tout particulier.

A un degré plus avancé, l'inflammation peut amener la *chute des poils*, et même donner lieu à de *véritables abcès*. Le sycosis alors peut *se compliquer de pustules d'impétigo* qui masquent la maladie et rendent le diagnostic extrêmement difficile.

Le sycosis n'a pas son *siége* exclusif au menton; quelquefois, placé sous le nez, il est constitué là par une seule pustule qui se développe de la manière indiquée plus haut, et qui souvent s'y montre fort rebelle.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il est bien rare que le sycosis offre une *marche* aiguë : dans des cas exceptionnels, la maladie peut durer de dix à quinze jours. Le plus souvent, cette marche est essentiellement chronique. La *durée*, qui est extrêmement variable, est en général très longue, et parfois indéfinie. Quand le sycosis se termine par la guérison, on voit les engorgements tuberculeux s'affaisser peu à peu; les croûtes tombent, et les pustules, qui deviennent de plus en plus rares, cessent entièrement de paraître. Quand la maladie a duré longtemps, elle laisse souvent après elle des *empreintes rouges*, violacées, à la surface desquelles se fait une *exfoliation épidermique*. Le sycosis est une affection qui *récidive* fréquemment.

§ IV. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic est en général facile. Le sycosis ne saurait être confondu qu'avec l'*acné* et l'*impétigo*. Voici à quels caractères on reconnaîtra ces diverses affections

Les pustules du sycosis diffèrent de celles de l'*impétigo* en ce que les premières *sont discrètes*, acuminées, tandis que celles de l'impétigo sont plus larges, aplaties

et disposées en groupes. Les croûtes de l'impétigo sont larges, épaisses, jaunes, friables, humides; celles du sycosis sont sèches et brunâtres. Dans le cas où l'induration tuberculeuse s'ajoute à ces caractères, le doute n'est plus possible. Enfin la présence du *trichophyton* lève tous les doutes.

L'*acné* ne sera pas confondu avec le sycosis, si l'on se rappelle que ses pustules sont plus superficielles, plus enflammées, qu'elles suppurent très incomplétement, qu'elles ne donnent pas lieu aux croûtes particulières du sycosis, qu'elles sont suivies d'une induration moindre, et qu'enfin elles ont pour caractère essentiel d'être accompagnées d'une supersécrétion de matière sébacée.

En rappelant que le sycosis a son siége dans le follicule pileux, dans cette gaîne qui entoure le poil jusqu'à sa sortie, ce qui explique sa prédilection pour l'homme, nous aurons complété les éléments du diagnostic de cette affection.

Pronostic. — Le sycosis n'est jamais grave par lui-même. Le médecin doit être prévenu de sa ténacité, et souvent de l'inefficacité absolue de la thérapeutique dirigée contre lui.

§ VI. — Traitement.

Dans le cas où le sycosis existe à l'état aigu, et lorsque dans le cours de son évolution il s'accompagne de tension douloureuse et de signes de congestion, tous les auteurs conseillent de recourir aux *antiphlogistiques;* les *saignées locales* hors du siége de l'éruption, et les *applications émollientes* fréquemment renouvelées, telles que lotions, cataplasmes de fécule; quelques *laxatifs* et une *tisane rafraîchissante*, sont les moyens qu'on peut employer avec le plus d'avantages. Ils sont toujours indiqués quand la maladie présente un certain degré d'acuité.

Une précaution qu'il ne faut jamais négliger dans le traitement du sycosis, c'est de *supprimer l'emploi du rasoir ;* on fera couper la barbe avec des ciseaux.

Quand toute l'inflammation a disparu, on dirige le traitement contre les engorgements tuberculeux. Pour cela on a recours aux *douches de vapeur*, aux *topiques résolutifs*, en un mot aux moyens que nous avons indiqués avec détail dans le traitement de l'*acne indurata* (1).

[Nous rappelons que l'on a employé à l'intérieur l'*eau de Vichy* et les *sudorifiques*, des pommades au *calomel*, au *protoiodure* et au *proton-itrate de mercure*, à l'*iodure de soufre;* que M. Broussonnet (2) emploie les *bains gélatineux* ou *alcalins*, les *applications émollientes* et *narcotiques*, puis le *vésicatoire pansé avec une solution de nitrate d'argent*, et qu'en même temps il fait une *compression avec une plaque de plomb*, mince et flexible, placée entre deux linges. Mais nous devons faire remarquer que ces moyens sont tous d'une efficacité secondaire, car il faut détruire le parasite. Cependant M. Bazin ne rejette aucun des moyens précédents, et fait remarquer surtout la nécessité d'éteindre tout état aigu avant d'employer les procédés propres à faire périr le *trichophyton*.

Selon cet auteur, cette indication doit être remplie par deux moyens: l'*épilation* et les *agents parasiticides.*

L'épilation, dit-il, produit une amélioration, mais elle exige une certaine habi-

(1) Voy. plus haut, art. ACNÉ, page 471.

(2) *Bulletin gén. thér. et méd.-chir.*, Montpellier, 30 septembre 1851.

tude, parce qu'on est exposé à prendre pour des pustules mentagreuses les pus-tules ecthymatiques sans conséquence. En outre, il ne faut pas se borner à extra les gros poils ceux qui traversent les pustules et les croûtes, puisque ce sont pré-cisément les petits poils et ceux qui n'ont pas de pustules à la base que le cham-pignon affecte de préférence. Le *duvet* demande à être avulsé avec le plus grand soin.

Quant au choix d'une solution parasiticide, M. Bazin emploie sans préféren et sans exclusion le sublimé. Seulement il engage à ne pas élever les doses du mercuriel ; la salivation qui en est résultée deux fois l'a forcé d'interrompre traitement. On n'a aucun accident à craindre en ne dépassant pas 1 gra pour 500 grammes d'eau distillée. Ainsi formulé, ce liquide a d'ailleurs l'avant de ne pas irriter les surfaces malades.]

CHAPITRE V.

AFFECTIONS PAPULEUSES.

Les affections papuleuses de la peau peuvent être rangées parmi les plus fré-quentes. Elles ont été pendant fort longtemps confondues presque toutes sous l dénominations vagues de *boutons* et d'*éruptions*. Elles sont caractérisées par petites élevures qui ne présentent pas de cavité, qui sont souvent de la même cou-leur que la peau, et souvent aussi d'un rouge peu foncé ; qui déterminent un pru-rit plus ou moins intense, et auxquelles on a donné le nom de *papules*.

Nous n'aurons à nous occuper, dans ce chapitre, que du *prurigo*, du *lichen* du *strophulus*. La *syphilide papuleuse*, qui, dans quelques descriptions, a rapprochée de ces affections, a trouvé sa place dans l'article consacré aux diver syphilides.

ARTICLE I.

PRURIGO.

Les anciens ont employé le mot *prurigo* (dérivé de *pruritus*) pour désigner u foule d'affections de la peau dont le seul caractère commun est la démangeais qu'elles produisent. Willan, le premier, et ensuite Biett, en ont fixé la signific tion en l'appliquant à une maladie essentiellement *papuleuse*. Aujourd'hui ce manière de voir est adoptée par tous les médecins qui se sont occupés des affecti cutanées.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le prurigo est une maladie caractérisée par un prurit plus ou moins intense par des papules plus ou moins larges, sans changement de couleur de la pe isolées, distinctes, surmontées accidentellement d'une petite croûte noire centr *résultant* d'une gouttelette de sang coagulé.

Cette affection, qu'on trouve encore désignée sous les noms de *pruritus*, *scabies pulliformis*, est assez fréquente, surtout à l'état de médiocre intensité.

§ II. — Causes.

Le prurigo attaque tous les *âges*, mais on le rencontre principalement dans la seconde enfance et chez les vieillards. Les *hommes* en paraissent plus souvent atteints que les femmes. La *misère*, la malpropreté, les *excès* de toute sorte, tout ce qui, en un mot, exerce une action débilitante sur l'économie, est, suivant tous les auteurs, une condition favorable au développement du prurigo. Il en est de même du *tempérament nerveux* et de *tout ce qui exalte la sensibilité* de la peau. L'*hérédité* du prurigo est au moins douteuse; sa nature contagieuse n'est pas admise aujourd'hui.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes diffèrent selon le degré d'intensité de la maladie, d'où la division en *deux variétés*.

Dans la *première*, les *papules* apparaissent petites, bien isolées, peu saillantes, mais surtout la *démangeaison* qui les accompagne est modérée, supportable : c'est le *prurigo mitis* de Willan.

Dans la *seconde*, au contraire, les *papules* sont larges, nombreuses, aplaties, quoique cependant plus saillantes que les précédentes. Le *prurit* est extrême; il augmente le soir, pendant le travail de la digestion, par la chaleur du lit. Les malades se grattent avec une sorte de fureur; ils comparent les démangeaisons à la sensation que feraient éprouver des insectes, des fourmis rongeant la peau. C'est cette variété qui a reçu de l'auteur anglais le nom de *prurigo formicans*. Dans cette dernière espèce, beaucoup plus que dans la précédente, on remarque au sommet des papules une petite *croûte* noirâtre. Ce caractère, très important pour le diagnostic, n'existe que par l'effet d'un *petit suintement de sang* produit par l'action des ongles, et coagulé au sommet de la papule.

Dans quelques circonstances, le prurigo s'accompagne de *poux* qui, en plus ou moins grand nombre, couvrent tout le corps; c'est ce qui avait engagé Willan à admettre un *prurigo pédiculaire*. Cette complication s'observe surtout chez les vieillards qui vivent dans la malpropreté et la misère; aussi avait-on signalé également une variété de *prurigo senilis*. Cette distinction n'est pas fondée, puisqu'on rencontre des cas semblables à d'autres âges de la vie; et d'ailleurs le prurigo, dans ces cas, ne diffère du prurigo ordinaire que par la présence des insectes et par la forme des papules qui sont plus larges, plus aplaties et moins nombreuses. Comme le fait remarquer M. Cazenave (1), c'est à cette forme qu'il faut rapporter les descriptions exagérées du prurit qui accompagne le prurigo.

§ IV. — Siége.

Le prurigo peut affecter toutes les parties du corps; cependant on le rencontre plus fréquemment au cou, au visage ou aux membres, à la partie externe desquels

(1) *Dict. de méd., t. XXVI, 1842, art.* PRURIGO.

[redacted]

il a son siége de prédilection. Le *prurigo des parties génitales* et le *prurigo podicis*, dont on a voulu faire deux variétés fondées seulement sur le siége, sont deux affections qui n'appartiennent pas au prurigo proprement dit, car elles manquent de l'élément essentiel qui constitue cette affection, c'est-à-dire la papule (1).

M. Cazenave, qui a attiré l'attention sur ce point (2), les regarde comme des lésions de la sensibilité, et les range dans ce qu'il appelle les *hyperesthésies de la peau.* Tout en reconnaissant la vérité des assertions de ce médecin, nous dirons ici quelques mots de ces deux affections, ne devant rien omettre de ce qui intéresse le praticien.

L'excessive démangeaison qui accompagne le *prurigo des parties génitales* en est le caractère principal; chez la femme et chez l'homme, les organes extérieurs de la génération deviennent le siége d'une irritation permanente, entretenue par le grattage, auquel les malades ne peuvent résister; les frottements répétés les portent souvent à des pratiques honteuses, et chez quelques femmes il existe une véritable nymphomanie. Lorry (3) a laissé de ces accidents un tableau frappant.

Le *prurigo podicis*, qu'on rencontre plus souvent chez l'homme, ne diffère du précédent que par son siége : les malades éprouvent autour des sphincters une démangeaison insupportable qui s'étend jusqu'à l'intestin, les prive de sommeil, et les plonge souvent dans un état d'agitation et d'anxiété affreuses.

§ V. — Marche, durée, terminaison.

De temps en temps le prurigo est augmenté par des *exacerbations* d'intensité variable; dans ces exacerbations, il survient une nouvelle éruption de papules et un redoublement de démangeaisons. Dans ces sortes de paroxysmes, les malades ne se contentent plus de leurs ongles pour se gratter, ils ont souvent recours à des corps durs et se déchirent la peau. Au bout d'un certain temps, par l'effet de ces exacerbations, le *tissu cutané est altéré profondément;* il présente une *dureté* et un *épaississement considérables.* Il s'y développe quelquefois des éruptions pustuleuses, des furoncles, des abcès entremêlés de véritables cicatrices.

Dans les cas où l'affection est bénigne, elle peut disparaître au bout de deux ou trois septénaires; il se fait alors une *légère desquamation* dans les points affectés. Souvent, au contraire, le prurigo a une durée fort longue, quelquefois même indéfinie.

La guérison, qui est la *terminaison* de la maladie dans un grand nombre de cas, est parfois impossible à obtenir; et dans certains cas, heureusement fort rares, on a vu la santé s'altérer profondément, et le malade succomber à l'insomnie, à la fièvre et au marasme.

(1) Voy. t. V, *Prurit de la vulve*, p. 18.
(2) Voyez Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*, p. 361.
(3) *De morbis cutaneis*. Paris, 1777, in-4, p. 449.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le prurigo est toujours facile à reconnaître au caractère du prurit qui l'accom-
gne, à la forme, à la couleur, à la disposition de ses papules, au siége qu'elles
cupent.

On ne le confondra pas avec le *lichen*, dont les papules sont plus petites, agglo-
rées, le plus souvent rouges et enflammées, et non recouvertes à leur sommet
cette petite croûte noirâtre sanguine qu'on observe dans le prurigo. Ajoutons
e le prurit est bien moins intense dans le lichen.

Les autres affections qui s'accompagnent de prurit seront toujours distinguées
ilement du prurigo par l'absence de la papule qui caractérise cette dernière ma-
lie. En outre, la vésicule et les croûtes lamelleuses de l'*eczéma* ne se retrouvent
s dans le lichen, et les vésicules, les sillons de la *gale*, le siége habituel de cette
aladie, son mode de transmission, sont des signes qui ne permettront pas la con-
sion.

Pronostic. — Le prurigo ne constitue pas par lui-même une maladie grave,
ais il devient une incommodité fâcheuse par sa ténacité et les accidents auxquels
donne lieu. Il a réellement une certaine gravité quand il existe depuis long-
mps chez des individus dont la constitution est détériorée par l'âge, la misère,
s excès.

§ VII. — Traitement.

Quand le prurigo affecte un individu jeune et bien portant, que l'éruption pa-
leuse est médiocre et le prurit supportable, quelques *bains frais*, l'usage, pen-
nt un certain temps, de *boissons alcalines*, un *régime* doux, l'abstinence de
t excitant, suffisent en général pour faire disparaître la maladie. Lorsque l'affec-
n existe à un degré plus élevé, on ajoute aux moyens précédents les *émissions
guines* et l'emploi de quelques topiques dont nous ferons un peu plus loin
naître les principaux.

Le *traitement interne* acquiert une grande importance quand le prurigo se dé
oppe chez des individus dont la constitution est profondément débilitée. Dans
cas, les *amers*, les *toniques*, les *ferrugineux*, le *soufre*, sont administrés à l'in-
ieur, et ces moyens sont secondés par un *régime* fortifiant, l'usage des eaux
rugineuses, du *vin chalybé*, etc., etc.

Les *moyens locaux* se composent de bains, de lotions, de pommades. M. Caze-
re pense qu'à moins d'une indication spéciale, on ne doit pas compter beaucoup
r les *bains* de *son*, de *gélatine*, d'*amidon*, en un mot, sur tous les *bains émol-
nts;* il leur préfère les *bains alcalins*, et plus particulièrement encore les *bains
fureux*. Il insiste d'ailleurs sur la température de ces bains : « Ce sont, dit-il,
tout les *bains chauds*, à température élevée, qui calment le plus promptement
malades. Les *bains de mer*, les *eaux de Néris*, *de Plombières*, etc., seront
nseillés avec avantage. Il en est de même des *bains* et des *douches de vapeur
ueuse* de 30 à 35 degrés Réaumur (1). »

(1) Pour tout ce traitement hydrothérapique, consultez le Dictionnaire général des eaux
inérales et de l'hydrologie médicale. Paris, 1860, 2 vol. in-8.

Les *bains de sublimé*, les *fumigations mercurielles*, sont surtout prescrits dans le *prurigo pédiculaire*, et quand l'affection est ancienne et rebelle.

Parmi les *lotions*, celles qui sont faites avec des substances alcalines tiennent le premier rang; celles qu'on fait avec l'*eau de savon*, la *décoction de jusquiame*, ont été souvent d'une utilité incontestable. Dans un cas où la maladie avait résisté à une foule de moyens, et occupait depuis longtemps la partie interne des cuisses et le scrotum, le docteur Barosh (1) employa avec un plein succès la lotion suivante :

℞ Iode	75 centig.	Eau distillée	150 gram.
Iodure de potassium	40 centig.		

Faites dissoudre ; ajoutez :

Alcool rectifié .... 30 gram.

Mêlez exactement par agitation.

Des compresses imprégnées de ce liquide étaient appliquées pendant plusieurs heures matin et soir, et, dans l'intervalle, on prescrivait chaque jour un grand bain émollient. Après quatre semaines, le prurigo qui durait depuis cinq ans, disparut complétement.

Quant aux *pommades*, celles qu'on emploie de préférence sont les pommades au *borate de soude* (3 à 4 grammes pour 30 d'axonge), la *pommade camphrée* et la *pommade au goudron*. Voici la formule de cette dernière:

℞ Goudron	2 à 4 gram.	Axonge	30 gram.

Mêlez. Pour onctions matin et soir.

La *pommade d'Helmerich* est aussi fréquemment mise en usage.

Les *variétés* de prurigo, telles que le *prurigo des parties génitales* et le *prurigo podicis*, ne réclament pas de médication spéciale.

M. Rayer cite un cas de *prurigo pudendi* où l'emploi des *douches gélatino-sulfureuses* à 25 degrés Réaumur eut un plein succès : la malade prit vingt-cinq douches de dix à quinze minutes et guérit complétement. Dans un autre cas, cité par le même auteur, des *lotions gélatino-sulfureuses*, unies à l'usage de la *limonade nitrique*, des *bains tièdes* et des *émissions sanguines*, triomphèrent d'un *prurigo podicis* qui avait résisté à un grand nombre de médicaments, et en particulier aux onctions de cérat soufré.

Ces variétés de prurigo, que M. Cazenave range dans les *hyperesthésies de la peau*, doivent, selon ce médecin, être soumises à un traitement rationnel qui consiste dans l'emploi de quelques *antispasmodiques*, une *hygiène sévère*, l'*abstinence de tout stimulant*, en tête desquels il place le *poisson de mer*. « J'ai eu recours, dit-il, avec des résultats variés, aux *pilules de Méglin*, au *datura stramonium*, au *sulfate de cuivre ammoniacal*, etc. Dans ces derniers temps, j'ai obtenu plusieurs fois une modification véritable à l'aide du *sulfate de quinine*, continué pendant un ou deux septénaires, à la dose de 20 ou 30 centigrammes. Je l'admi-

(1) Voy. *Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 220. Paris, 1844.

rais à double titre, et comme antipériodique, et comme *hyposthénisant*. Mais c'est out à l'aide des *préparations arsenicales*, de la *solution de Pearson*, de la ·eur de *Fowler* (1), que j'ai obtenu les résultats les plus complets, non pas seu-ent dans les hyperesthésies de la peau sans éruption, mais dans le prurigo, ırtout dans les formes chroniques du lichen, si rebelles et si graves. »

On voit que, dans ce traitement du prurigo, comme, au reste, dans celui de es les affections cutanées, on n'a pas de règle bien fixe, et l'on a recours, sans r toujours un motif bien évident, à des moyens très divers. Mais c'est une ré-ion qu'il faudrait faire à chaque instant, parce que la thérapeutique des adies de la peau n'a pas encore été établie sur des recherches suffisamment ꞉tes.

ARTICLE II.

LICHEN.

En rangeant définitivement le lichen dans la classe des affections papuleuses, lan a fait cesser la confusion qui régnait dans les écrits des anciens auteurs tivement à ce mot, et aussi dans ceux de quelques auteurs modernes, tels que ·vages, Lorry, Alibert. Biett a conservé à cette dénomination le sens que lui a ıné le pathologiste anglais ; ceux qui sont venus après lui ont adopté la même ıière de voir.

Willan admettait six espèces de lichen, désignées sous les noms de *lichen sim-x*, *lichen pilaris*, *lichen circumscriptus*, *lichen agrius*, *lichen lividus*, *lichen ɔicus*. Bateman y a ajouté le *lichen urticatus*. De toutes ces divisions, fondées des caractères spécifiques, nous ne conserverons que les deux formes bien tran-es du *lichen simplex* et du *lichen agrius*, rattachant à ces deux variétés toutes les que nous venons d'énumérer.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le lichen est une maladie caractérisée : 1° par l'éruption simultanée ou succes-: de papules le plus ordinairement petites, agglomérées, conservant quelquefois ouleur de la peau, mais présentant, dans le plus grand nombre des cas, une ɔration plus ou moins rouge ; 2° par des produits d'inflammation, tels que l'ul-ation, la sécrétion d'un liquide séro-purulent, etc. ; 3° par un prurit plus ou ins considérable.

Fréquemment confondu avec d'autres affections prurigineuses, le lichen a été rit sous des dénominations diverses, déjà indiquées dans la description de plu-rs autres affections, et qu'il serait trop long d'énumérer ici. Aujourd'hui que ignification est bien établie, les auteurs s'accordent à le regarder comme une ladie fréquente.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Les causes du lichen, comme l'observe Biett (2) sont très difficiles à détermi-

1) Voy. *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1044, t. IX, p. 1827.
2) *Dict. de méd.*, t. XVIII, art. LICHEN.

[redacted]

ner; on ne peut donc qu'indiquer d'une manière générale les conditions dans lesquelles il paraît se développer plus particulièrement.

On observe le lichen à tout *âge;* la variété indiquée par Bateman, sous le nom de *lichen urticatus*, serait, selon cet auteur, *particulière à l'enfance*. Les femmes en paraissent moins souvent atteintes que les *hommes*. Nous ne savons rien de positif sur l'influence des *tempéraments* et des *saisons;* cependant quelques auteurs admettent que le printemps et l'été sont plus favorables à son développement.

Les individus adonnés aux boissons alcooliques sont, dit-on, les plus exposés au *lichen agrius*. Quelques *professions*, dans lesquelles certaines parties du corps sont sans cesse en contact avec des agents irritants, paraissent prédisposer au lichen. On a également placé parmi les causes de cette affection les *écarts de régime*, auxquels on a accordé une influence marquée sur la production de toutes les maladies cutanées.

2° Causes occasionnelles.

Ce sont toutes celles qui exercent un action directe sur la peau : l'*insolation*, l'*exposition à un foyer ardent* (chez les forgerons, les cuisiniers, etc.), le *contact habituel de matières irritantes, pulvérulentes*. « C'est ainsi, dit M. Gibert (1), que la gale des maçons, des épiciers, des cordonniers, etc., est ordinairement un lichen. » Nous ne connaissons guère les autres causes déterminantes de cette affection.

§ III. — Symptômes.

1° *Lichen simple aigu.* — De *petites papules*, de la grosseur d'un grain de millet, agglomérées, rouges, accompagnées d'un sentiment de *prurit* et de *chaleur* incommode, mais supportable, apparaissent à la surface de la peau. Après quelques jours, la rougeur diminue, les papules s'affaissent, et la démangeaison s'éteint graduellement. Au bout d'un ou de deux septénaires, une *légère desquamation* indique que l'affection est terminée.

Tel est, dans sa forme la plus bénigne, le *lichen simplex*, maladie du reste assez rare et toujours légère. Suivant Willan, cette éruption est toujours précédée de *symptômes fébriles;* mais M. Cazenave (2) n'a vu apparaître des symptômes généraux que dans les cas où l'éruption était très étendue; c'est aussi ce qu'avait observé Biett.

2° *Lichen simple chronique.* — Au lieu d'affecter cette marche rapide, le lichen, le plus souvent, reste stationnaire pendant un long espace de temps, ou bien se prolonge par une succession d'éruptions nouvelles, ce qui constitue le lichen simple *chronique :* affection beaucoup plus commune que celle que nous venons de décrire, et que nous avons appelée *lichen simple aigu.*

Dans le lichen simple chronique, les papules sont peu ou ne sont point enflammées; elles conservent la couleur de la peau, et consistent en de *petites saillies* surtout *appréciables au toucher*. Le doigt, promené sur l'éruption, perçoit la se[...]

(1) *Traité prat. des malad. de la peau.* Paris, 1839, in-8.
(2) *Ann. des malad. de la peau*, 2e vol, p. 35.

n de petits corps durs dont la peau serait comme hérissée. Celle-ci, quand la adie dure depuis un certain temps, subit un *épaississement* plus ou moins con-rable, et souvent se couvre d'une *exfoliation* assez abondante.

e *siége* le plus ordinaire du lichen simple, quand il est aigu, est le cou et le ge : à l'état chronique, on le rencontre plus particulièrement au bras et au dos la main.

° *Lichen agrius.* — Dans cette forme, qui peut se développer primitivement succéder au *lichen simplex*, l'éruption prend un haut degré d'intensité (d'où om d'*agrius : ἄγριος, ferus*), et se présente avec des caractères particuliers. ur une *surface érythémateuse* apparaissent réunies un grand nombre de *petites ules* très rouges, très enflammées; elles sont saillantes, comme acuminées, antes; elles s'accompagnent d'une *chaleur ardente*, d'une tension douloureuse, ne *cuisson mêlée de démangeaisons.*

uis l'inflammation s'accroît, le volume des papules augmente, et leur sommet ient le siége de *petites ulcérations* à la surface desquelles se produit un *liquide o-purulent* qui se concrète et se convertit en *petites croûtes.* Celles-ci sont d'un ne verdâtre, rugueuses, proéminentes; elles adhèrent à peine et reposent sur *surfaces chagrinées* et séparées par des intervalles où la peau apparaît comme issée de papules (Cazenave). Quelquefois, au bout de deux septénaires, l'in-nmation cède graduellement, et tout se termine par une *desquamation légère.* Dans le plus grand nombre des cas, des éruptions et des ulcérations nouvelles retiennent et prolongent la maladie : on voit successivement les *squames* et *croûtes* se remplacer. Au moment de ces exacerbations, le prurit devient into-able et jette les malades dans un état nerveux insupportable. A la fin, *la peau paissit* et prend une teinte jaunâtre remarquable qui frappe les yeux exercés. Le *lichen agrius*, avec les caractères de gravité que nous venons de décrire, ge le plus souvent au visage, où parfois il fait naître un gonflement qui en altère traits. Il peut aussi occuper toute la surface cutanée; souvent concentré aux ins et surtout à la face dorsale des doigts, il atteint la matrice de l'ongle qui est gal, rugueux et friable.

° *Variétés.* — Telles sont les deux formes principales qui constituent le lichen; nombreuses variétés qu'on a admises rentrent dans la description que nous ve-s de donner. Il nous suffira d'ajouter que, dans le *lichen pilaris*, les papules stent à la base des poils, et le prurit est des plus intenses; que le *lichen livi-*, qu'on ne rencontre que chez les individus faibles, à constitution détériorée, ainsi nommé à cause de la teinte pourprée, mélanique qu'offrent les papules. disposition en rubans arrondis et formant des cercles a reçu de Biett les déno-nations de *lichen gyratus*, et la disposition en groupes a été appelée par Willan *hen circumscriptus.* Quant au *lichen urticatus* de Bateman, il n'a de particulier e ses papules plus larges et plus rouges que celles du lichen simple, plus sail-ites et plus arrêtées que les élévations de l'*urticaire.* Je ne ferai que mentionner *lichen tropicus*, variété propre au climat des tropiques, et dont le lecteur pourra ndre une idée dans l'ouvrage de Cleghorn (1).

1) *On the diseases of Minorca.* London 1779.

[redacted]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Comme on l'a vu par la description des symptômes, le lichen, dans sa for légère et dans sa forme intense, peut avoir une *marche* rapide; dans ces cas, maladie ne dure pas au delà de deux ou trois septénaires, et la guérison survi à la suite d'une légère exfoliation épidermique.

Mais le plus souvent la durée du *lichen simplex* et du *lichen agrius* est p longue; elle est entretenue par une succession plus ou moins nombreuse d'éru tions de papules, qui sont autant d'états aigus et prolongent la maladie pendant mois et des années.

La guérison cependant est la *terminaison* la plus fréquente. Biett admetta dans certains cas, la transformation du lichen en *impétigo*.

Après la disparition du mal, la peau conserve une épaisseur et une fermeté r marquables, ce qui lui donne, comme le fait observer cet auteur, un aspect an logue à celui qu'elle offre dans quelques cas d'*ichthyose* peu considérable.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Des boutons pleins, solides, des *papules* développées le plus ordinairement à la face externe des membres et accompagnées de prurit, rappelleront toujours à quelle classe il faut rapporter la maladie. Quant au *prurigo*, on le distingue du lichen parce que ses papules sont plus larges, aplaties, ont leur sommet déchiré et recouvert d'une petite croûte sanguine noirâtre. Le prurit du *lichen simplex* est plus souvent léger; il est âcre et brûlant dans le prurigo.

Nous avons donné à l'article *Eczéma* les caractères qui distinguent les *vésicules eczémateuses à l'état chronique*, du *lichen agrius*, et, dans la description de l'*herpès*, ceux qui distinguent l'*herpès tonsurant* du *lichen circumscriptus ;* nous nous contenterons d'y renvoyer le lecteur.

Quant au *lichen urticatus*, on ne le confondra pas avec l'*éruption ortiée* (urticaire), si l'on se rappelle que, dans celle-ci, les élevures cutanées sont plus étendues, que leur durée est fugace, que leur surface est plate, quelquefois allongée cylindrique, semi-lunaire.

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic du *lichen agrius* offre quelq difficulté : c'est surtout quand les papules nombreuses, agglomérées, sont tellement confluentes, qu'il est impossible de les reconnaître; mais en cherchant avec atten tion, il est rare qu'on ne trouve pas, sur le bord des plaques, des papules dont l présence lève tous les doutes.

Pronostic. — Le lichen n'est pas une maladie grave, mais c'est le plus souvent une incommodité fâcheuse en raison de sa ténacité et des récidives qui sont ass fréquentes. Son siége à l'anus et aux parties génitales lui donne un caractère d gravité sur lequel nous avons insisté à l'occasion du prurigo de ces parties.

§ VI. — Traitement.

Le traitement du lichen a une grande analogie avec celui du prurigo; la plupart des moyens indiqués à l'occasion de cette dernière affection sont applicables

ien. Ainsi les *antiphlogistiques*, les *émollients*, les *alcalins*, les *antispasmo-ues*, les *narcotiques*, sont conseillés dans le lichen comme dans le prurigo, l'on a joint à ces moyens le *sulfate de quinine* et les *préparations arse-ales.*

Mais il est quelques indications particulières qu'il est nécessaire de signaler, st par elles que nous compléterons le traitement de cette affection.

Traitement du lichen agrius. — « Il faut, dit M. Cazenave, avoir recours aux *issions sanguines*, aux *fomentations*, aux *lotions mucilagineuses*, aux *bains ollients*, aux *boissons acidulées.* » Cet auteur veut qu'on borne l'emploi des ollients à l'état aigu; à part ce cas, il a trouvé que la peau les supportait mal, qu'ils semblent augmenter sa sensibilité déjà exagérée.

Les *lotions alcalines et mercurielles* seront employées avec avantage, ainsi e les *bains* de même nature. Les auteurs s'accordent, dans ce cas, à proscrire *bains sulfureux;* ils insistent également, comme dans toutes les formes intenses rebelles, sur l'*observation rigoureuse des principes de l'hygiène.* Les *acides néraux* pris à l'intérieur sont aussi vantés par la plupart d'entre eux.

Selon M. Cazenave, l'emploi des *pommades* est rarement utile dans le traitement lichen. Néanmoins on a mis en usage celles que nous avons fait connaître dans raitement du prurigo, telles que les *pommades alcaline*, *au goudron*, etc., etc. Gibert a conseillé la suivante :

℞ Deutoxyde de mercure..	4 gram.	Axonge................ 32 gram.
Camphre............	0,75 gram.	

Dans les cas où le lichen est très ancien, M. Rayer dit s'être servi avec avantage la pommade suivante :

℞ Calomel.............	4 gram.	Axonge................ 30 gram.
Camphre............	0,80 gram.	

Il dit aussi avoir quelquefois fait cesser le prurit en cautérisant légèrement la au avec le *nitrate d'argent* ou à l'aide de *lotions vinaigrées.* C'est dans ce me but que M. Baumès (1) conseille une compression forte et égale *avec une que de plomb*, ou seulement *avec des bandes* sur la partie affectée.

Quant aux *bains*, leur emploi dans le traitement du lichen reçoit de fréquentes lications; c'est surtout aux *bains alcalins* et aux *bains de vapeur* qu'on a eu ours avec le plus de succès. Dans un certain nombre de cas, les bains pris aux rces d'Enghien, de Louèche, de Schinznach ont procuré des guérisons re-rquables. C'est particulièrement dans les formes chroniques, et quand l'inflam-tion locale est légère, qu'on peut conseiller l'emploi de ces moyens.

M. Bazin (2), qui emploie l'*huile de cade*, la regarde comme très efficace ntre le *lichen agrius*, qui cède comme par enchantement aux frictions faites tous jours sur toute l'étendue des surfaces malades avec un gros pinceau de chanvre bibé d'huile de cade pure.

(1) *Nouvelle dermatologie. Lyon, 1842*, t. I, p. 532.
(2) *Bull. gén. de thérap.*, *30 décembre 1851.*

[redacted]

Traitement du lichen circumscriptus. — « Lorsque, dit M. Baumès, l'éruptio est isolée, et forme une plaque ou plusieurs plaques éparses, délimitées, à papul agglomérées, on peut essayer l'application d'un *vésicatoire* sur la plaque uniqu ou de *plusieurs vésicatoires successifs* sur les diverses plaques. Après avoir enle la vessie, on *panse la surface dénudée avec la pommade au nitrate d'argent.* C'e un moyen auquel j'ai dû des succès remarquables, surtout au visage et sur le d des mains. »

Selon MM. Cazenave et Schedel, Biett a souvent employé avec succès dans *lichen agrius*, et quelquefois même dans le *lichen simplex chronique*, *les pilul asiatiques :* il en faisait prendre au malade une par jour pendant un mois et plu En voici la composition :

℞ Acide arsénieux.......	0,05 gram.	Gomme arabique.......	0,10 gram.
Poivre noir...........	0,60 gram.	Eau..................	Q. s.

Triturez pendant longtemps l'acide et le poivre; ajoutez la gomme et l'eau, et faites un masse à diviser en douze pilules.

ARTICLE III.

STROPHULUS.

Nous décrivons à part cette espèce d'affection papuleuse, bien que quelques auteurs l'aient comprise dans l'histoire du lichen, en en faisant une simple variété (*lichen strophulus*). Le strophulus est une maladie propre à la première enfance; il a quelques caractères spéciaux, et sa fréquence est assez grande.

Le strophulus est une maladie caractérisée par une éruption plus ou moins étendue, quelquefois générale, de papules ou plus blanches ou plus rouges que le reste de la peau, siégeant habituellement à la face, et accompagnées de démangeaisons plus ou moins vives.

Connu vulgairement sous le nom de *feux de dents*, de *boutons*, de *rougeurs*, les trophulus coïncide, dans la presque totalité des cas, avec l'époque de la *première dentition.* C'est là tout ce que nous savons sur l'étiologie de cette affection.

La division adoptée par Willan en plusieurs espèces distinctes par la couleur et la disposition de l'éruption, mérite d'être conservée, parce qu'elle sert de base au diagnostic.

Strophulus intertinctus. — Ses *papules*, d'un rouge vif, situées le plus communément sur les joues, les avant-bras, le dos de la main, sont remarquables en ce qu'elles sont entremêlées de *points* ou de *plaques rouges* plus ou moins étendues : véritables *taches érythémateuses* qui ne font pas saillie au-dessus du niveau de la peau.

Strophulus confertus. — Dans cette variété, l'éruption s'étend et devient confluente.

Strophulus volaticus. — Quelques *petites plaques arrondies*, qui deviennent le *siége de papules d'un rouge vif*, se développant sur différents points du corps et disparaissant avec rapidité, constituent cette forme dont la durée est éphémère.

Strophulus albidus. — Ses papules sont plus blanches que le reste de

peau; en outre, elles sont petites et peu nombreuses. Elles sont entourées, à leur base, d'une *aréole rouge*. Elles occupent surtout la face, le cou, la poitrine.

Strophulus candidus. — Plus largement développées que dans la variété précédente, les *élevures ne présentent pas d'inflammation à leur base*.

Dans la plupart des cas, et quelle que soit la forme de l'éruption, le strophulus ne s'accompagne d'aucun mouvement fébrile, si ce n'est peut-être dans la variété *strophulus volaticus*, dans laquelle on observe aussi parfois quelques nausées et un peu de dévoiement.

Comme on le voit, le strophulus est toujours une maladie bénigne. Sa *durée* varie de trois ou quatre jours, à un ou deux septénaires.

Il suffit pour le *diagnostic* de rappeler que, dans la majeure partie des cas, le strophulus est lié au travail de la dentition. Cette circonstance, en effet, le fera distinguer des autres affections papuleuses avec lesquelles on pourrait le confondre.

Dans la plupart des cas, le strophulus ne réclame pas de traitement particulier. Quelques *lotions avec de l'eau tiède ou du lait*, quelques *bains simples ou émollients* donnés à une douce température, suffisent le plus souvent pour faire disparaître promptement l'éruption. Dans quelques cas, on a modifié avantageusement le *régime* alimentaire, en donnant à l'enfant une autre nourrice; mais cette précaution est rarement nécessaire.

CHAPITRE VI.

AFFECTIONS SQUAMEUSES.

Les affections squameuses sont généralement moins fréquentes que celles dont il a été question jusqu'ici, mais, d'un autre côté, elles ont souvent plus d'importance à cause de la difficulté qu'on éprouve à les faire disparaître. Elles méritent, à ce dernier titre, toute notre attention.

M. Rayer (1) a tracé très nettement les caractères des affections squameuses; nous lui empruntons le passage suivant :

» Les affections squameuses, dit-il, se reconnaissent à des lamelles ou à des plaques d'épiderme altéré, desséché ou d'un blanc mat, qui, après leur chute, ne tardent pas à être reproduites : la peau, au-dessous d'elles, est toujours plus ou moins enflammée. Les squames sont précédées de taches rouges ou d'élevures papuleuses dont le sommet est couvert d'une petite écaille. »

On a rangé parmi les affections squameuses, le *psoriasis*, la *lèpre*, le *pityriasis*, l'*ichthyose*, la *pellagre* et la *syphilide squameuse*. Nous ne traiterons dans ce chapitre que des trois premières affections que nous venons d'indiquer. Les nouvelles recherches sur la pellagre exigent, en effet, qu'on lui consacre une description particulière; nous ferons l'histoire de cette maladie dans un chapitre, et quant à la syphilide squameuse, elle a été étudiée dans le chapitre consacré aux syphilides (2).

(1) *Traité théor. et pratiq. des malad. de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 110.
(2) *Voyez t. Ier, p. 455.*

[redacted]

ARTICLE I[er].

PSORIASIS.

Employé par les anciens pour désigner tantôt des dartres humides, tantôt des dartres sèches, le mot *psoriasis* a été définitivement consacré par Willan et Biett à une affection squameuse de la peau. Bateman a décrit les quatres variétés suivantes : 1° *psoriasis guttata ;* 2° *psoriasis diffusa ;* 3° *psoriasis gyrata ;* 4° *psoriasis inveterata.* M. Rayer a admis cette division.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le psoriasis est une affection chronique de la peau, caractérisée par des plaques plus ou moins étendues, irrégulières, saillantes, recouvertes de squames minces, sèches, d'un blanc chatoyant.

Mentionné plutôt que décrit par quelques auteurs sous le nom de *psora* et de *scabies sicca;* le psoriasis a été aussi désigné sous les noms de *dartre sèche*, *dartre squameuse*. Alibert avait imposé la dénomination de *dartre squameuse lichénoïde* à une des principales formes de cette affection.

La *fréquence* du psoriasis est grande. D'après le relevé de M. le docteur Marcel, cité à l'article *Eczéma* (1), cette maladie est entrée pour un huitième dans la totalité des cas admis dans le service de M. Devergie.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age.—M. Cazenave (2) qui, sous le rapport de l'étiologie, a étudié comparativement le psoriasis et la lèpre, s'exprime ainsi : « L'un et l'autre apparaissent à tous les *âges*, mais à beaucoup près dans des proportions différentes : ainsi est-il très rare de voir une éruption squameuse se manifester pour la première fois après cinquante ans. Il est plus ordinaire de l'observer dans l'enfance, mais c'est de quinze à vingt-cinq ans qu'on l'observe le plus souvent. Sur cinquante malades, le psoriasis et la lèpre ont paru vingt-trois fois de quinze à vingt ans ; vingt fois de vingt à trente ; cinq' fois de trente à quarante, deux fois passé quarante ans. Du reste, c'est surtout le psoriasis que l'on trouve chez les vieillards. »

Le *sexe* ne paraît pas avoir d'influence sur le développement du psoriasis ; il en est de même des *saisons ;* suivant les auteurs, le *tempérament* lymphatique semble y prédisposer, mais les recherches sont insuffisantes sur ce point.

2° Causes occasionnelles.

Ni le psoriasis, ni la lèpre ne sont *contagieux*. Dans un certain nombre de cas, *on a attribué* l'apparition ou le retour du psoriasis à l'usage de *certains aliments*,

(1) Voy. plus haut, art. ECZÉMA, t. V, p. 394.
(2) *Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 133. Paris, 1844.

aux *boissons alcooliques*, à des *écarts hygiéniques*, à des *émotions morales*, à l'*humidité*. Quant à cette dernière cause, M. Cazenave a observé quelques cas dans lesquels elle a paru avoir une influence évidente, et, comme il le fait remarquer, l'éruption débutait alors sur les points les plus exposés à l'humidité. Voici d'ailleurs à quel résultat cet auteur a été conduit par l'analyse des faits : «Sur cinquante cas, dit-il, de psoriasis et de lèpre, six fois nous avons trouvé des raisons probables de croire à l'*hérédité* ; six fois ces maladies ont semblé avoir été déterminées par des influences accidentelles capables de modfier profondément la peau ; par la variole, par des fièvres intermittentes. Trois fois elles ont été attribuées à l'ivrognerie, sept fois à l'humidité, vingt-huit fois il a été impossible de saisir une cause occasionnelle, même probable. »

Il faut donc, avec M. Cazenave, invoquer un état particulier de la peau, état qui peut être héréditaire ou acquis, et dont les causes réelles sont encore inconnues.

§ III. — Symptômes.

On peut rattacher à trois types principaux les différentes formes sous lesquelles se présente le psoriasis : 1° un *psoriasis guttata* ; 2° un *psoriasis diffusa* ; 3° un *psoriasis inveterata*. Nous mentionnerons ensuite quelques particularités relativement au siége, afin de compléter ce qui a rapport à la symptomatologie de cette affection.

1° *Psoriasis guttata*. —Au début, ce sont de *petits points rouges*, distincts, saillants, qui de bonne heure se couvrent, au centre, d'une *légère* écaille sèche et blanche. Ces points s'élargissent et ne dépassent guère les dimensions d'un centimètre ; ils sont répandus ordinairement sur de grandes surfaces ; isolés, discrets, ils présentent une petite *squame* d'un blanc chatoyant, le plus souvent très brillant : on croirait des gouttes de liquide projetées à la surface cutanée, d'où le nom de *psoriasis guttata*. Cette variété, qu'on rencontre le plus ordinairement à la partie postérieure du tronc et à la face externe des membres, s'accompagne généralement d'un peu de prurit.

Dans quelques cas assez rares, les petites plaques du *psoriasis guttata* sont rapprochées et disposées de manière à affecter des formes plus ou moins bizarres, comme rubanées : c'est le *psoriasis gyrata* des auteurs.

M. Cazenave en cite un cas où l'éruption présentait à la région épigastrique un huit de chiffre prfaitement régulier.

2° *Psoriasis diffusa*.—Dans cette forme, qui est la plus commune, le psoriasis débute par des *surfaces* plus ou moins larges, irrégulières, qui deviennent bientôt rugueuses, sèches, et se couvrent de *squames*. Celles-ci sont minces, grisâtres, adhérentes, et tombent lentement. Si on les détache, on trouve la surface sous-jacente un peu rouge, mais le plus souvent d'un rouge terne, déjà plissée, bientôt grise, puis sèche, puis enfin écailleuse de nouveau.

Le *psoriasis diffusa* peut se présenter sur une foule de points à la fois ; quelquefois il est *général*. Son *siége* de prédilection est aux membres, surtout au voisinage des articulations, aux coudes, aux genoux. Dans quelques cas, assez rares du reste, la *maladie consiste seulement dans* un très petit nombre de plaques ; dans d'autres, *elle envahit une énorme surface*, un membre tout entier par exemple

3° *Psoriasis inveterata.* — Dans certains cas, la maladie fait des progrès lents, mais continuels ; les squames deviennent plus sèches, plus abondantes ; la peau qu'elles recouvrent s'épaissit, se gerce dans tous les sens. Les *sillons* qui en résultent sont si rapprochés, qu'on n'aperçoit plus en quelque sorte de squames, mais à leur place une *poussière farineuse* qui tombe avec une extrême abondance et se reforme très rapidement.

Arrivé à ce degré, le psoriasis donne à la peau qu'il envahit un aspect tout particulier. Sa surface ressemble à une masse squameuse : c'est une *enveloppe*, un étui rugueux, saillant, épais, inégal, profondément sillonné, qui quelquefois enferme un membre tout entier.

Les moindres mouvements produisent des *déchirures avec écoulement de sang*. C'est dans ces cas qu'on voit les *ongles* présenter une altération profonde ; ils deviennent cassants, ternes, puis jaunissent, se recourbent ou se brisent, et tombent. Ils sont remplacés par de petites masses écailleuses tout à fait informes. Cet accident, qui a lieu surtout quand la maladie occupe les mains et l'extrémité des doigts, peut également survenir quand elle a son siége dans un point éloigné.

C'est alors que les malades sont souvent tourmentés par des *démangeaisons insupportables*, démangeaisons augmentées par la chaleur du lit, le travail de la digestion, un changement atmosphérique.

§ IV. — Siége de la maladie.

Indépendamment des points de prédilection où se développe le psoriasis, tels que les membres et le voisinage des articulations, du côté de l'extension, il est certaines parties du corps où il peut se montrer et rester limité, et où il prend une physionomie particulière en raison du siége qu'il occupe. Voici ce que l'observation nous apprend à cet égard.

Le *psoriasis palmaire* est une variété très commune. Comme son nom l'indique, il occupe la paume de la main. La maladie commence par un point ordinairement très petit, suit une marche excentrique, envahissant de proche en proche une étendue plus ou moins grande ; la peau se fendille, se couvre de gerçures profondes, surtout à la face interne des doigts, qui acquièrent une certaine roideur. En même temps il existe une chaleur et une cuisson plus ou moins vives. Les squames, minces, blanches, sont très étendues, surtout apparentes à leur circonférence ; le centre, où elles sont rares, plus petites et plus adhérentes, est le plus souvent rouge, dur, épaissi.

C'est dans ces cas que les ongles finissent par s'altérer et subir les modifications indiquées à l'occasion du *psoriasis inveterata*. Toutefois, le plus souvent, le mal se présente à un degré moins élevé ; les ongles se ternissent seulement et deviennent inégaux, rugueux, quelquefois comme piquetés, jusqu'à ce que l'amélioration survienne : alors on les voit repousser à la racine, unis et d'une teinte rougeâtre.

Au *prépuce*, le psoriasis détermine des gerçures et un rétrécissement qui amène tous les accidents du phimosis.

Aux lèvres, il forme un cercle squameux, et donne à la bouche un aspect *froncé* très remarquable. Sous l'influence des contractions de l'orbiculaire, il s'opère une foule de gerçures rayonnées.

.e psoriasis borné aux *paupières* s'y manifeste par des squames légères qui, au it de quelque temps, se reforment à peine et laissent après elles des élévations ıuleuses larges, sèches, peu rouges, accompagnées ordinairement d'un gonfle- nt comme œdémateux. Parfois la démangeaison est très vive, et parfois aussi les uvements des paupières, devenus très difficiles, apportent un obstacle marqué ı vision et déterminent des ophthalmies qui peuvent compromettre l'œil.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

.a *marche* du psoriasis, quelle que soit sa forme, est, en général, lente, et l'ab- ce de tout symptôme aigu pendant son développement est un caractère qui rite d'être noté. Cependant, comme le fait remarquer M. Cazenave, il y a quel- fois, sous ce rapport, des exceptions. Cet auteur a observé certains cas dans juels il a vu les plaques s'animer tout à coup, devenir chaudes, et la peau se fler; puis survenir une éruption comme confluente de plaques nouvelles, avec leur vive, chaleur intense, phénomènes généraux, mouvement fébrile, etc.; e sorte de crise se termine au bout de quelques jours, et parfois la maladie ne ient à son premier état qu'au bout de plusieurs semaines. Si l'inflammation est ; intense, il peut se former une *exsudation séreuse* sur les plaques, exsudation détache les écailles. M. Cazenave en a rapporté un exemple remarquable.

l est des cas où ce passage à l'état aigu n'est plus accidentel, mais revient *pé- liquement*. Du reste, cela s'observe très rarement.

.a *durée* du psoriasis est toujours longue ; elle varie de quelques mois à plusieurs ées : certains individus conservent toute leur vie cette affection.

.e *psoriasis guttata*, dont la durée est généralement moins longue que celle des es espèces, se *termine* par résolution ; les saillies diminuent, les écailles qui les ıuvrent deviennent plus minces, puis cessent de se reformer; enfin elles laissent surfaces rougeâtres qui finissent par reprendre leur coloration normale. Quel- fois cette espèce de psoriasis disparaît au milieu d'une éruption nouvelle de *riasis diffusa*.

ıprès être resté longtemps stationnaire et fixé dans une région, sur un membre, *soriasis diffusa* se termine par la guérison. Dans ce cas, les écailles cessent de eformer; la peau reste longtemps un peu rude, comme chagrinée, et ce n'est à la longue qu'elle reprend son état naturel.

.e *psoriasis inveterata*, qui persiste souvent d'une manière indéfinie, constitue, is un certain nombre de cas, la terminaison du psoriasis simple.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Le psoriasis est généralement facile à reconnaître : la présence squames dures, sèches, d'un blanc chatoyant, est un caractère qui ne permet s de le confondre avec certains cas rares d'affections vésiculeuses arrivées à l'état ıameux. Ainsi, dans l'*eczéma chronique*, ce sont des lamelles molles, minces, n blanc jaunâtre, d'une consistance inégale, recouvrant des surfaces plus ou ins *humides; et, d'un autre côté*, dans le psoriasis, la peau que recouvre l

[redacted]

squamo offre une certaine saillie, et l'éruption est le plus souvent remarquable par l'absence de toute acuité.

La *lèpre* (*lepra vulgaris*) se distingue du psoriasis par des disques arrondis, à bords élevés, à centre sain. Quelquefois les disques confluents simulent par leur rapprochement les plaques irrégulières du psoriasis; mais dans ces cas on retrouve toujours, à l'extrémité des surfaces malades, des portions de disques qui mettent sur la voie du diagnostic. Dans un cas observé par M. Cazenave, à mesure que la maladie s'avançait vers la guérison, de grandes plaques informes, prises pour un psoriasis invétéré, décelèrent leur nature lépreuse, lorsque après s'être affaissées elles se divisèrent, se séparèrent en plusieurs points, et, selon qu'elles avançaient davantage vers une terminaison favorable, prirent de mieux en mieux la forme distincte d'anneaux arrondis.

Pronostic. — Le psoriasis n'est pas une maladie absolument grave, mais, comme il est une des affections de la peau les plus rebelles et les plus sujettes à récidiver, le médecin ne devra jamais perdre de vue cette importante considération. Il se souviendra aussi que certaines variétés de psoriasis, peut-être en raison de leur siége, persistent avec une ténacité désespérante : telles sont celles qui ont pour siége les lèvres, le prépuce, la paume des mains.

Alors même qu'il affecte la forme la plus grave, le psoriasis peut exister un certain nombre d'années sans altérer la santé d'une manière notable.

§ VII. — Traitement.

Une foule de moyens ont été préconisés pour la guérison du psoriasis, et beaucoup sont loin d'avoir la valeur que les auteurs leur ont assignée.

Nous manquons des documents nécessaires pour apprécier l'efficacité de l'*orme pyramidal* vanté par le docteur Lesoni, de l'*extrait aqueux d'ellébore blanc* à la dose de 10 à 20 centigrammes, de diverses préparations où entrent la *renoncule*, le *rhus radicans*, etc., etc.

1° *Médication externe.* — Les principaux agents dont se compose la médication externe sont les pommades, les lotions et les bains.

Pommades. — Un grand nombre de pommades ont été proposées; telles sont les pommades *sulfureuses*, *alcalines*, *mercurielles*, etc., etc. ; le lecteur en trouvera les formules dans les articles précédents.

La pommade d'*iodure de soufre*, introduite par Biett dans la thérapeutique des affections cutanées, est composée de la manière suivante :

℞ Iodure de soufre. de 1 à 1,50 gram.	Axonge purifiée.......... 32 gram.

Mêlez. Pour frictions, matin et soir.

Biett et M. Cazenave, qui ont le plus fréquemment employé cette pommade, disent en avoir obtenu de très bons résultats; mais c'est le plus souvent, selon ce dernier auteur, comme auxiliaire d'un traitement interne. Toutefois il est des cas où la guérison a été due à l'usage exclusif de la pommade.

Ordinairement, avec la pommade d'iodure de soufre, on n'attaque l'éruption que d'une manière successive. Ce n'est que lorsque celle-ci a disparu d'une région

on la poursuit par des frictions nouvelles sur un autre point. « A cette occasion, M. Cazenave, j'ai observé plusieurs fois quelque chose d'assez remarquable : st que, sous l'influence de frictions faites avec la pommade d'iodure de soufre · un point limité, sur un membre, par exemple, l'éruption marchait sensible-nt vers la résolution, non-seulement dans les points frictionnés, mais encore r toutes les parties où l'on n'avait pas mis de pommade. » Quelle que soit l'ex-cation qu'on donne de ce fait, il mérite d'être noté.

La *pommade au goudron*, dont Émery faiaist une large application dans le itement du psoriasis, était employée par ce médecin selon la formule suivante :

℞ Goudron	4 gram.	Axonge	32 gram.

On frictionne largement, deux fois par jour, tous les points occupés par l'érup-n. De temps en temps un bain alcalin, un bain de vapeur, sont donnés pour ttoyer la peau et venir en aide à l'action du traitement.

La disparition rapide de l'éruption a témoigné, dans un grand nombre de cas, l'efficacité de la pommade au goudron ; il ne saurait y avoir de doute à cet égard.)utefois l'emploi de ce moyen a quelques inconvénients dont il faut être prévenu. odeur du goudron, les effets de la pommade sur le linge, en rendent l'application fficile, surtout quand la maladie est répandue sur de grandes surfaces.

Dans ces derniers temps, Émery avait essayé de remplacer le goudron par la *phtaline*, mais une odeur plus désagréable encore, une action trop irritante et s résultats moins heureux l'y ont fait renoncer pour revenir au goudron.

Voici, du reste, comment ce médecin dirigeait le traitement dans lequel d'autres oyens que la pommade au goudron sont employés (1) :

Avant de commencer les frictions avec la pommade au goudron, il fait prendre ı bain au malade et lui fait faire des frictions légères avec cette pommade au oment où il en sort. Cette médication est répétée trois fois le jour. Après deux ı trois jours, on augmente la dose de la pommade et l'activité de la friction. près trois ou sept jours, les malades ont toujours de la pommade sur eux, et uand la maladie est ancienne on couvre les grandes plaques avec des compresses, ır lesquelles on a étendu une couche, d'une ligne d'épaisseur, de pommade au oudron. Les malades se baignent dans de l'eau tiède, une ou deux fois la semaine. n est très rarement obligé de suspendre ce traitement. Cela n'arrive que chez s sujets qui ont la peau très impressionnable, chez lesquels il se développe quel-ques pustules d'impétigo ou de petits furoncles. Bien souvent encore continuent-ls leur traitement malgré cela. Dix jours se sont à peine écoulés que l'on aperçoit lans les psoriasis dont les squames sont tombées un cercle blanchâtre qui les irconscrit, et qui va en s'étendant de la circonférence au centre. C'est l'annonce le la décroissance du mal, qui le plus ordinairement disparaît dans l'espace de leux ou trois mois, sans que le malade ait éprouvé de l'altération dans sa santé. *Dans la lèpre vulgaire*, le centre commence à se dégager ; les anneaux qui forment

(1) *Un dernier mot sur les divers psoriasis, la lèpre vulgaire et leur traitement* (*Bull. de thérap.*, *juin 1849*).

[redacted]

la chaîne arrondie se séparent et se comportent ensuite comme des plaques psoriasis.

Il résulte de ce qui précède que certaines pommades, et notamment celles *goudron* et d'*iodure de soufre*, ont une action incontestable sur la disparition l'éruption squameuse. M. Cazenave, dont l'expérience est d'un grand poids sur point, a formulé son opinion de la manière suivante : « Dans les affections récente peu étendues, on peut tenter, espérer une guérison par ce traitement extern dans les éruptions largement répandues, dans les formes invétérées, il ne doit pl être compté que comme auxiliaire, et il importe de l'associer à un traitement in terne plus ou moins actif. »

Lotions.—Elles ont rarement été employées comme seul moyen de traitement; l plus souvent on n'y a recours que comme à des moyens auxiliaires plus ou moi utiles, et généralement dans les cas où l'éruption a un siége très limité.

On a préconisé les lotions de toute espèce : *sulfureuses*, *émollientes*, *narco-tiques*, *mercurielles*, *alcalines*, etc. Ce sont ces dernières qu'on emploie le plu souvent, et M. Cazenave dit qu'on peut les prescrire sans inconvénient selon l formule suivante :

℞ Carbonate de potasse. 4 à 8 gram. | Eau de rose............ 500 gram.

Bains.—Tous les auteurs s'accordent sur l'utilité des bains dans le traitement du psoriasis, et, parmi les bains, ceux indiqués à propos des différentes affectio cutanées ont tous été employés et vantés dans celle-ci. Cependant ils n'ont pa tous le même degré d'efficacité : voici quelques considérations qui pourron guider dans l'emploi des principaux d'entre eux.

Les bains *émollients* simples ou peu actifs ne sont guère que accidentelleme mis en usage ; ils sont utiles pour diminuer l'action trop énergique du traiteme ou calmer l'acuité passagère que revêt quelquefois le psoriasis.

On a beaucoup vanté les *bains de sublimé*, et, dans ces derniers temps enco on leur a accordé une grande efficacité. Biett et M. Cazenave se sont livrés à un série d'expériences sur l'emploi de ce moyen, et ils n'ont pu obtenir un seul cas guérison. Les résultats publiés par ces deux observateurs, sans détruire complét ment l'idée favorable qu'on peut avoir des bains de sublimé dans le traitement psoriasis, méritent d'être pris en sérieuse considération.

Voici comment nous avons traité un de nos malades.

℞ Deutochlorure de mercure........... 30 gram.

Dissolvez dans :

Alcool......................... 100 gram.

Versez la solution dans l'eau du bain.

Après les premiers bains, les squames se détachèrent et ne se reproduisir pas, et la peau reprit son aspect naturel dans beaucoup de points ; mais il en re un certain nombre qui ne furent que peu modifiés, et la continuation du trait ment pendant quatre semaines n'eut plus aucun effet.

Il n'en est pas de même des bains alcalins : M. Cazenave les a vus quelquefoi

is les formes peu graves, procurer à eux seuls une guérison assurée; il leur re-
nnaît, avec Biett, une utilité incontestable, et les administre dans la proportion
125 à 250 *grammes de sous-carbonate de potasse* pour un bain.

Les *bains de vapeur* aqueuse, à la température de 32 à 35 degrés Réaumur, sont
gardés par MM. Rayer, Cazenave, etc., comme ayant une supériorité incontes-
ble. Les *douches de vapeur* sont surtout efficaces quand le psoriasis est borné à
ne surface limitée. « Chez les adultes, dit M. Rayer, on se sert avec avantage de
uches et de bains de vapeur. En alternant leur emploi avec celui des bains *sul-
reux*, on est quelquefois parvenu, dans l'espace de trois ou quatre mois, à guérir
s psoriasis confluents peu enflammés. »

Les *bains de mer* ont souvent été utiles. Bateman dit, à l'occasion du psoriasis
lmaire, que ces bains, continués pendant plusieurs semaines, ont été un remède
cace.

Cautérisation. — Ce moyen, qui n'a d'action qu'autant qu'il détruit plus ou
ins profondément les tissus, est peu employé aujourd'hui. M. Cazenave, qui
ale ses inconvénients et qui a observé des accidents graves à la suite de son
ge, le bannit avec raison de la thérapeutique des affections squameuses.

2° *Médication interne.* — C'est elle qui renferme les moyens véritablement effi-
es contre le psoriasis; et pour M. Cazenave, elle seule, dans la généralité des
, permet d'obtenir une guérison solide et durable. Parmi ces agents, nous signa-
ons les purgatifs, les sudorifiques, les antimoniaux, les sulfureux, la teinture de
ntharides et les préparations arsenicales, et nous insisterons sur chacun d'eux
on le degré d'importance de leur emploi.

Purgatifs. — On ne compte plus guère aujourd'hui sur l'efficacité des purga-
dans le traitement des affections squameuses. Leur emploi, connu sous le nom
méthode Hamilton, consiste à administrer tous les jours, pendant plusieurs
, *quinze grammes de sel d'Epsom* ou *huit grammes de sous-carbonate de po-
se*, ou encore *quinze à vingt centigrammes de calomel* et de *résine de jalap*,
n d'obtenir plusieurs évacuations alvines. Cette pratique, selon M. Rayer, pa-
t surtout applicable aux psoriasis de la face et du cuir chevelu.

Sulfureux. — Ils sont administrés surtout dans le *psoriasis guttata*, quand la
ladie est récente, et que les sujets sont jeunes, à peau blanche et irritable.
n donne à l'intérieur les *Eaux-Bonnes*, les eaux d'*Enghien*, etc.; on en se-
nde puissamment l'effet en prescrivant en même temps *deux ou trois bains sul-
reux par semaine.* Il ne faudrait pas, du reste, compter beaucoup sur les sul-
reux hors des conditions que nous venons d'indiquer, car l'expérience a prouvé
l'on se tromperait.

Sudorifiques. — Ceux auxquels M. Cazenave a le plus fréquemment recours
nt une décoction de *squine* ou de *salsepareille*, à laquelle il fait ajouter une
tite quantité de *daphne mezereum*, selon la formule suivante :

℞ Salsepareille.........	45 gram.	Eau.............	1250 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers. Ajoutez, dans les dix dernières minutes de
bullition :

Daphne mezereum.................. 1 gram.

Passez. *Édulcorez avec le sirop de squine.* Dose : trois verres par jour.

[redacted]

La *décoction de Zittmann* n'a pas eu, entre les mains de M. Cazenave, les h reux résultats que les auteurs allemands s'accordent à lui rapporter. Les expérien auxquelles ce médecin s'est livré (1) doivent inspirer une certaine réserve dans confiance qu'il faut attribuer à ce médicament. En voici, du reste, la formule la manière d'en faire usage :

Décoction de Zittmann.

N° 1.

℞ Salsepareille........	375 gram.	Eau................	12 kilogr.

Faites bouillir pendant deux heures. Suspendez dans le liquide un nouet composé de :

Sulfate d'alumine........	45 gram.	Sulfure de mercure.......	4 gram.
Mercure doux..........	15 gram.		

Vers la fin, ajoutez :

Réglisse................	45 gram.	Semence d'anis.......	15 gram.
Feuilles de séné,........	64 gram.		

Retirez du feu, et laissez infuser. Passez, pour obtenir 8 kilogrammes de la décoction n° 1

N° 2.

℞ Résidu de la première décoction.		Eau.................	12 kilogr.
Racine de salsepareille...	190 gram.		

Faites bouillir pendant deux heures ; ajoutez à la fin :

Écorce de citron......	ãã 12 gram.	Cardamome mineur......	12 gram.
Cannelle.............		Réglisse................	24 gram.

Laissez infuser pendant une heure. Passez, pour obtenir 8 kilogrammes de la déco tion n° 2.

Pour commencer le traitement, le malade prend la veille six pilules purgativ M. Cazenave donne les suivantes :

℞ Jalap..............	0,60 gram.	Aloès...............	1,00 gram.
Gomme-gutte........	0,15 gram.		

Pour six pilules.

Le lendemain, le malade commence l'usage de la décoction qu'il prend ai qu'il suit :

1° Le matin, de bonne heure, la moitié d'une bouteille de la décoction n° par verres de demi-heure en demi-heure, le malade restant au lit.

2° A midi, une bouteille de la décoction n° 2, tout entière, par verres de den heure en demi-heure.

3° Le soir, le malade reprend, trois heures après le dîner et par verres, le re de la bouteille n° 1.

On prend cette décoction pendant vingt ou vingt-cinq jours.

(1) *Ann. des maladies de la peau*, t. I, p. 51, 118.

En Allemagne, on exige que, pendant le traitement, la quantité des aliments soit strictement réduite à 200 ou 250 grammes, et il faut que les malades soient tenus continuellement dans une température élevée et égale ; ces conditions, qu'on ne peut pas toujours réunir, ne doivent cependant pas être négligées, si l'on veut obtenir du médicament les heureux résultats que, selon plusieurs auteurs, il est permis d'en attendre.

Parmi les *antimoniaux*, il en est un dont M. Cazenave a fait quelquefois usage : ce sont les *pilules de Plummer*, qu'il administre à cause de leur action purgative et de leur effet sudorifique. Voici leur formule, quoique donnée déjà à l'article *Herpès*, la manière de les administrer dans les cas de psoriasis à une certaine importance.

Pilules de Plummer.

℞ Soufre doré d'antimoine..	àâ 12 gram.	Suc épuré de réglisse	8 gram.
Protochlorure de mercure.		Mucilage de gomme arabique.	Q. s.

Pour faire une masse qu'on divise en pilules de 30 centigrammes. La dose est d'une à six par jour.

Il faut continuer, s'il est possible, l'emploi de ces pilules pendant plusieurs semaines.

Le *sirop de Peyrilhe*, dont la partie véritablement active est le *sous-carbonate d'ammoniaque*, a joui d'une très grande réputation. M. Cazenave (1) a mis en usage un sirop semblable ainsi composé :

℞ Sous-carb. d'ammoniaque..	10 gram.	Sirop sudorifique	250 gram.

Faites dissoudre le sous-carbonate d'ammoniaque dans suffisante quantité d'eau, et ajoutez la solution au sirop. Dose : de une à quatre cuillerées par jour.

Sous l'influence de ce médicament et de quelques bains de vapeur, M. Cazenave a vu les plaques rougir, les squames se détacher, la maladie guérir.

Cantharides. — Biett le premier a préconisé la *teinture de cantharides* dans les affections squameuses, et une longue expérience lui avait démontré l'utilité de ce médicament. M. Cazenave, qui a été témoin de succès remarquables dus à l'emploi de ce moyen, sous la direction de Biett, nous fournit les résultats suivants qui dispensent de tout commentaire. « En dépouillant soixante cas d'affections squameuses pris au hasard parmi les observations recueillies dans son service, on trouve seize malades traités par la teinture de cantharides : de ces seize malades huit ont guéri ; chez six, l'éruption a été notablement améliorée ; un n'a éprouvé aucune modification ; chez un autre, on n'a pu continuer le médicament à cause de quelques accidents. Or ces accidents, rares d'ailleurs, consistent surtout dans des nausées, des coliques, de la diarrhée, plus rarement des érections incommodes. Ils cèdent toujours facilement d'ailleurs à l'interruption du traitement. »

On administre la teinture de cantharides par gouttes ; on en prescrit *trois ou*

(1) *Bull. gén. de thérap., juillet 1848.*

[redacted]

quatre d'abord, puis on augmente progressivement *jusqu'à vingt-cinq ou trente au plus que l'on divise en deux ou trois doses*, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Arsenic. — Depuis longtemps les préparations arsenicales ont été employées dans le traitement des maladies squameuses. Girdlestone, Willan, Bateman, Duffin (1) en ont obtenu des résultats avantageux. En France, Biett en a, un des premiers, popularisé l'emploi, et aujourd'hui, parmi les médecins qui ont adopté cette médication, M. Cazenave en a surtout établi l'efficacité d'après un grand nombre de faits soumis à son observation.

Il n'est pas tout à fait indifférent d'employer telle ou telle préparation arsenicale ; toutes ont bien une action réelle, mais ne conviennent pas indistinctement à tous les cas. Ainsi, chez les individus jeunes, irritables, chez les femmes, quand l'éruption est récente et peu étendue, il est préférable de prescrire la *solution de Pearson* ou la *solution de Biett.* En voici la composition déjà indiquée, mais qu'il importe de reproduire ici, parce que l'emploi de ce moyen s'applique d'une manière toute particulière à la maladie qui nous occupe.

Solution de Pearson.

℞ Arséniate de soude..... 5 centig. | Eau distillée............ 32 gram.
Faites dissoudre.

Solution de Biett.

℞ Arséniate d'ammoniaque. 5 centig. | Eau distillée............ 32 gram.

Ces deux solutions sont administrées à la *dose de cinquante centigrammes*, que l'on porte successivement jusqu'à 1 ou 2 grammes par jour, en divisant toujours cette quantité en deux doses, à prendre une le matin et une le soir.

Si, au contraire, l'affection est ancienne, si les individus sont mous, peu irritables, si les voies digestives sont en bon état, M. Cazenave prescrit la *solution de Fowler*, qui est plus énergique, et à laquelle il adjoint quelquefois les *pilules asiatiques* à la dose d'une à deux par jour.

Solution de Fowler.

℞ Acide arsénieux......... } 5 gram. | Eau distillée........... 500 gram.
Carbonate de potasse.... } | Alcool de mélisse composé. 16 gram.

On l'administre à *la dose de trois ou quatre gouttes d'abord*, puis graduellement *jusqu'à douze gouttes par jour, dose qu'on ne doit guère dépasser.* La solution de Fowler contient un centième de son poids d'acide arsénieux.

Comme tous les agents énergiques, les préparations arsenicales ont besoin d'être surveillées dans leur emploi : elles déterminent quelquefois des accidents qui ne sont jamais graves, et que, le plus souvent, on voit disparaître en suspendant pendant quelques jours l'administration du traitement. Ces accidents sont des coliques,

(1) *On squamous disorders* (Edinburg med. and surg. Journ., 1828).

e la diarrhée, quelques nausées, quelquefois un peu d'oppression et de toux èche, quinteuse ; ils sont d'ailleurs assez rares. M. Cazenave dit avoir vu bien es cas où l'on a continué le traitement à des doses plus élevées que celles inliquées plus haut, pendant des mois, des années, et cela impunément.

Quelle que soit la préparation arsenicale que l'on emploie, on doit toujours ommencer par ces faibles doses, puis les augmenter progressivement et en sureiller attentivement les effets. L'administration de l'arsenic a besoin d'être susendue de temps en temps, tous les mois, par exemple, alors même qu'elle ne déterminerait aucun accident. On la reprend quelque temps après, en recommenant toujours par de petites doses. Ces préceptes, établis par M. Cazenave, qui a souvent employé les préparations arsenicales, devront toujours être présents à esprit du praticien.

Voici un passage d'un mémoire de Émery sur l'emploi de la solution de owler.

« L'administration de la *solution de Fowler* doit être faite avec précaution. On oit commencer par cinq gouttes, dans 120 grammes de liquide sucré, que l'on ivise en deux portions. On augmente, tous les deux jours, d'une goutte, et l'on rrive rapidement à 12, s'il n'y a pas d'accidents. Si l'on s'aperçoit que les plaques eviennent moins épaisses et commencent à prendre une coloration gris-noirâtre, n n'augmente plus, car on s'exposerait à produire des accidents, ce symptôme tant un signe de saturation. Quand, au contraire, le malade supporte bien le remède, on en continue l'emploi ; s'il n'y a aucun amendement, on arrive à la dose e 15 à 16 gouttes, qu'il faut rarement dépasser. La peau devient parfois le siége 'une douleur assez aiguë ; ou bien sans être douloureuse, elle est chaude, et un eu rouge autour des plaques. Quelques bains tièdes, des boissons délayantes et la iminution de la dose de liqueur suffisent pour faire disparaître ces légers accidents. Il est des estomacs impressionnables qui ne peuvent supporter les arsenicaux, n commençant même par les quantités les plus faibles. Quand cela est bien constaté, on doit recourir à une autre médication. Souvent, après douze ou quinze ours de ce traitement, il survient une constriction à la gorge, une douleur assez ntense à l'estomac. En suspendant tout remède, ces symptômes disparaissent en eux ou trois jours, on recommence alors le traitement par cinq gouttes ; et tous es deux jours, comme la première fois, on en ajoute une autre. Les douleurs vers e cœur qui en rendent les battements douloureux forcent quelquefois de recourir à la saignée. Le symptôme dont il faut le plus tenir compte est incontestablement a contraction des extenseurs des membres. Aussitôt qu'elle se montre, il faut abanonner l'emploi des arsenicaux, si l'on ne veut pas voir le mal augmenter et deenir rapidement incurable. »

Quant à l'efficacité de l'arsenic dans l'affection qui nous occupe, nous ne cherchens pas à la démontrer ; citons ce passage de M. Cazenave, qui pourra donner au cteur une idée de l'importance de cette médication : « Pour moi, dit ce médecin, s préparations arsenicales, aidées au besoin de quelques pommades, et toujours s *bains de vapeur*, constituent aujourd'hui, sinon l'unique, au moins le plus ficace des moyens de traitement à opposer au psoriasis et à la lèpre vulgaire.

Médications particulières. — Les différences de siége ou de forme que peut *vêtir le psoriasis ne demandent* pas, à proprement parler, de médication spéciale

[redacted]

Voici un cas de psoriasis des paupières, ancien, rebelle à de nombreux traitements et qui a cédé entre les mains de M. Cazenave, à la *solution de Fowler*.

M. Payan (1) cite un cas de guérison d'un psoriasis longtemps rebelle à tout traitement et qui guérit par le *traitement arabique*. Ce médecin ne donne que le résumé de l'observation; rien ne prouve qu'il n'ait pas eu affaire à un *psoriasis syphilitique*.

M. Rayer rapporte l'observation d'un homme qui fut guéri d'un *psoriasis palmaire* par l'application dans la paume de la main de deux *vésicatoires volants*. Ces deux vésicatoires furent suivis de la chute de l'épiderme altéré et de la formation d'un épiderme lisse et persistant.

[Le traitement du psoriasis semble s'être enrichi dans ces derniers temps d'un moyen nouveau. M. Hardy, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, donne contre le psoriasis le baume de copahu à la dose de 4 à 6 grammes par jour.

Opiat au copahu.

℞ Copahu...........	4 à 6 gram.	Magnésie............	4 à 6 gram.

Mêlez.

M. le docteur Dupuy, interne du service, a rendu compte de ces tentatives dans sa thèse inaugurale. Pour lui le baume de copahu (2) paraît supérieur à la médication topique et par les arsenicaux, au point de vue de la lésion locale. Son influence sur la diathèse reste encore à déterminer. La médication topique doit généralement lui être associée. Certains cas de psoriasis sont complétement rebelles à l'action du copahu comme à celle des autres médicaments. La récidive peut avoir lieu. L'auteur pense que le copahu guérit par une action spécifique.]

ARTICLE II.

LÈPRE (*lepra vulgaris*).

Hippocrate et les médecins grecs avaient employé le mot *lepra* (de λεπὶς, écaille) pour désigner d'une manière générique les affections squameuses de la peau. Ce mot s'est trouvé plus tard détourné de sa signification, et a été appliqué à des maladies bien différentes (telles que diverses espèces d'*éléphantiasis*), en portant avec lui l'idée d'une affection grave, hideuse, repoussante. Willan a rendu au mot *lèpre* sa première acception, et il a été imité en cela par Bateman et la plupart des pathologistes, tels que Biett, MM. Rayer, Cazenave, Schedel et Gibert.

Les nombreux détails dans lesquels nous sommes entré à l'article *Psoriasis* nous permettront d'être court en parlant de la lèpre; Willan et Bateman ont décrit trois formes de lèpre : 1° *lepra vulgaris;* 2° *lepra alphoides ;* 3° *lepra nigricans.*

(1) *Journal de méd. de Toulon* et *Bull. gén. de thérap.*, 2 janvier 1851.
(2) *Thèse inaugurale*, Paris. 1857.

§ I. — Définition, synonymie.

La lèpre vulgaire est une simple variété du psoriasis; elle est caractérisée par s plaques écailleuses arrondies, à centre sain ou déprimé, à bords élevés, et re- avertes de petites squames minces, sèches, d'un blanc chatoyant.

La lèpre a été désignée sous bien des noms; elle correspond à ce que les anciens pelaient *melas*, *alphos;* elle a aussi été nommée *dartre écailleuse*, *lepra vulga- r;* c'est la *dartre squameuse orbiculaire* d'Alibert, etc.

La lèpre n'est pas une maladie rare. M. Cazenave (1) dit que le psoriasis est us fréquent que la lèpre dans la proportion seulement de 33 sur 50.

§ II. — Causes.

L'étiologie de la lèpre se confond avec celle du psoriasis. Renvoyons le lecteur à rticle précédent.

§ III. — Symptômes.

La lèpre débute par de *petits points rouges*, déjà saillants et recouverts aussitôt une *squame* très légère qui ne s'étend pas d'abord à toute la saillie qu'elle sur- nte; cette petite élévation s'affaisse et s'élargit, puis s'arrondit en même temps le son centre, qui redevient sain et se déprime davantage. De ce progrès excen- ique, il résulte bientôt un *disque régulier* de dimension variable, égalant ordi- irement celle d'une pièce de 2 francs.

Les *disques lépreux* ont des bords saillants; ils sont recouverts de petites *ailles* minces, sèches, d'un blanc chatoyant, adhérentes, brisées inégalement tout tour de l'anneau, tombant et se renouvelant sans cesse. Ils sont rouges quand ils nt dépouillés de leurs squames. *Le centre est sain*, et l'éruption ne s'accom- gne d'aucune humidité, d'aucun suintement.

Quand les disques ont atteint une certaine dimension, la maladie reste station- aire ou disparaît parfois spontanément, mais plus souvent par suite d'un traite- ment approprié. Dans certains cas, lorsque l'éruption est ancienne, qu'elle est de- nue pour ainsi dire confluente, quand les disques se sont agglomérés autour une articulation, on voit la lèpre revêtir la forme grave décrite déjà sous le nom *psoriasis inveterata*, et donner lieu à des accidents semblables. Toutefois cela bserve beaucoup plus rarement que dans le psoriasis.

Quelquefois la lèpre présente, surtout chez les enfants et les individus blonds à u fine, des *plaques exactement arrondies*, recouvertes de *squames d'un blanc toyant :* c'est la variété appelée par Willan *lepra alphoides*. Dans certains cas, uption conservant ses caractères habituels, *les squames ont une coloration noi- re :* c'est la *lepra nigricans* du même auteur.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Quand la maladie marche vers la guérison, les bords une fois dépouillés de leurs ames se recouvrent plus lentement; ils s'affaissent; bientôt le disque s'affaisse

1) *Ann. des malad. de la peau*, t. p. 133.

[redacted]

également, et, à partir de ce moment, la plaque disparaît bientôt, ne laiss qu'une légère empreinte qui finit aussi par disparaître complétement.

La lèpre peut, pendant des années entières, être stationnaire; les anneaux re- tent les mêmes, les squames tombent et se renouvellent sans cesse; seulem elles deviennent plus sèches, plus farineuses, et les surfaces qu'elles recouvre sont de moins en moins saillantes. Dans ce cas, l'éruption est le plus ordinairemen très étendue.

Il n'est pas très rare de voir la lèpre s'effacer assez régulièrement à l'approch d'une saison, pour se manifester de nouveau au retour d'une autre.

§ V. — Siége de la maladie.

La lèpre peut être *générale* ou *bornée à des points limités.* Même lorsqu'ell est très étendue, la face et la paume des mains en sont presque toujours exemptes; dans le cas contraire, c'est au cuir chevelu, aux régions articulaires qu'on la trouv plus particulièrement.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

L'*herpès circiné* offre des cercles qui ont une certaine analogie avec ceux de l lèpre vulgaire, le lecteur trouvera à l'article *Herpès* les signes distinctifs de ce deux maladies.

Pronostic. — Le psoriasis est, toutes choses égales, une affection plus fâcheus que la lèpre.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la lèpre se confond tellement avec celui du psoriasis, que l plupart des moyens préconisés par les auteurs ont été employés indistinctem contre ces deux affections. Il en est quelques-uns cependant qui doivent trou ici leur place spéciale, parce que c'est contre la lèpre seule qu'ils paraissent a été recommandés et employés avec succès (1).

Médication externe. — Les frictions avec la *pommade au calomel* (4 gramm pour 30 grammes d'axonge), à la dose de 4 et même de 15 grammes par jou sont conseillées par M. Rayer, qui dit en avoir obtenu un grand nombre de gué- risons.

Cet auteur recommande aussi, dans les cas où les plaques sont peu nombreus et très anciennes, de les recouvrir successivement de petits *vésicatoires volant* ou de *les cautériser* superficiellement avec une solution d'*acide chlorhydrique* o de *nitrate acide de mercure* affaibli.

Médication interne. — La *douce-amère* a joui, dans le traitement de la lèpre d'une grande réputation. En France, Carrère, et plus tard, en Angleterre, le doc- teur Crichton, l'ont employée avec succès. Willan a rapporté les expériences d docteur anglais, et Biett, qui les a répétées, n'est pas arrivé, à beaucoup près, des résultats aussi satisfaisants. Un petit nombre seulement des sujets soumis à cett médication éprouva une amélioration sensible; deux furent radicalement guéris

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1849, t. XIV, p 114, 465.

administre la *décoction des tiges à la dose de* 15 *grammes jusqu'à* 60 *grammes* *ır une pinte d'eau.*

Tels sont les seuls moyens spéciaux à mentionner à propos du traitement de lèpre vulgaire, en faisant remarquer de nouveau que toute la thérapeutique psoriasis est applicable à cette affection : *cantharides*, *préparations arseni-es*, etc., etc. Quant à ces dernières, on se sert plus spécialement de la *solution Fowler.*

ARTICLE III.

PITYRIASIS.

Les médecins grecs avaient donné le nom de *pityriasis* (de πίτυρον, son) à une oliation farineuse de l'épiderme. C'est encore dans ce sens qu'on emploie au-ırd'hui cette dénomination, bien que, pendant un certain temps, le pityriasis ait t partie du groupe de maladies auxquelles on avait donné le nom générique de *gnes*, et dont le siége est dans le cuir chevelu.

Biett, ayant séparé avec soin le pityriasis des affections avec lesquelles on peut le nfondre, avait admis, avec Willan et Bateman, les quatre variétés suivantes : *pityriasis capitis*, 2° *pityriasis rubra*, 3° *pityriasis versicolor*, 4° *pityriasis gra.* M. Cazenave (1) n'admet que deux formes principales, selon que la maladie ıccompagne ou non d'une modification de la couleur des tissus. La première est pityriasis sans coloration anormale, que l'on décrit ordinairement sous le nom *pityriasis capitis*, à cause de son siége de prédilection, dans les endroits garnis poils et surtout au cuir chevelu. L'autre comprend les variétés connues sous noms de *pityriasis rubra*, *versicolor*, et *nigra*, dont le caractère distinctif est e modification dans la couleur des tissus affectés.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le pityriasis est une inflammation chronique de la peau, accompagnée d'une :rétion anormale de la matière épidermique. Biett en plaçait le siége dans les ıches les plus superficielles du derme.

Cette maladie a reçu différents noms. On lui a donné celui de *porrigo;* Alibert ait désigné sous les noms de *dartre furfuracée volante*, *herpès furfureux.*

Le pityriasis est une maladie *fréquente;* sa bénignité, dans un bon nombre de , fait qu'il n'attire pas l'attention, et que ceux qui en sont affectés ne réclament les secours du médecin.

§ II. — Causes.

Les causes du pityriasis sont généralement obscures. On l'observe à tout *âge.* ıez les nouveau-nés, il apparaît sous forme d'une crasse légère, bientôt rem-ıcée par de petites squames qui, après leur chute, laissent un peu de rougeur cuir chevelu. Chez les vieillards, on l'observe assez souvent sous la forme d'une ;ère desquamation. Les femmes dont la chevelure est brune, longue et épaisse,

(1) *Dict. de méd.*, t. XXIV, art. PITYRIASIS, 1841.

[redacted]

paraissent plus prédisposées au *pityriasis capitis*. Au menton, il a souvent é attribué à l'*action du rasoir*.

L'*insolation*, l'*ingestion d'aliments âcres*, les *émotions morales*, ont paru, dan certains cas, avoir quelque influence sur le développement des *pityriasis rubr* et *versicolor*.

§ III. — Symptômes.

1° *Pityriasis sans modification de la couleur des tissus*, ou *pityriasis capitis*. — Au cuir chevelu, la maladie commence par une *légère exfoliation farineuse*, et il suffit de quelques soins pour tenir les cheveux propres et nets. Bientôt la desquamation augmente, et il y a à peine quelques heures qu'on a débarrassé la chevelure des squames qui la couvraient, qu'elle se trouve remplie de nouveau de *pellicules blanchâtres* que le moindre mouvement fait tomber en grande abondance.

Cet état s'accompagne d'une *démangeaison* quelquefois assez vive, et même d'un *sentiment de chaleur* désagréable. L'action de se gratter amène une foule de pellicules qui semblent encore renaître sous l'ongle à mesure que le malade se gratte.

Les *squames* ont l'aspect de petites lamelles très ténues, très minces, blanches, sèches, adhérentes par une de leurs extrémités. A la tête, elles acquièrent parfois la largeur d'une petite lentille. Au menton, l'exfoliation ressemble à de petites molécules de son qui se détachent et se renouvellent avec une très grande facilité.

A ces symptômes s'ajoute bientôt un accident d'une certaine importance : c'est une *alopécie* plus ou moins considérable. Les femmes surtout, au moment où elles se peignent, s'aperçoivent que leurs cheveux tombent, et cette chute semble encore augmenter par les soins minutieux qu'elles prennent pour se débarrasser des pellicules blanchâtres qui recouvrent la tête. Au bout d'un certain temps, le cuir chevelu dégarni laisse voir des places entièrement nues, surtout à la partie supérieure et dans les points qui correspondent aux séparations de la coiffure.

Cette alopécie, sur laquelle M. Cazenave (1) a particulièrement attiré l'attention, tient à ce que le cheveu, entouré à sa sortie d'un tissu enflammé, et pressé comme dans un étui squameux, devient sec et cassant; se brise et tombe, soit spontanément, soit par l'action du peigne et du grattage; mais comme son bulbe est intact, il repousse, pour retomber encore si l'affection du cuir chevelu n'a pas complétement disparu.

2° *Pityriasis avec modification de la couleur des tissus*. — Nous nous occuperons d'abord du *pityriasis rubra*. Il est caractérisé par des *plaques* très peu étendues, de la largeur d'une lentille environ, qui bientôt s'étendent et recouvrent de larges surfaces : celles-ci ont alors un *aspect rougeâtre*, et sont recouvertes d'une foule de *squamules* très minces qui tombent et se renouvellent sans cesse comme dans l'espèce précédente. Cette maladie, selon Bateman, s'accompagne de sécheresse de la peau, d'une démangeaison incommode et d'une forte tension.

Le *pityriasis versicolor*, outre la desquamation furfuracée abondante qui

(1) *Annales des maladies de la peau*, 1844, t. I, p. 225. — *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 167.

'accompagne, présente, au niveau des points malades, une *coloration jaunâtre* aractéristique. Ordinairement il apparaît au cou, au ventre, à la poitrine, sous)rme de *plaques* plus ou moins considérables, colorées et farineuses.

Le *pityriasis nigra* ne diffère du *pityriasis rubra* que parce que les squames eposent sur des *surfaces d'un noir plus ou moins foncé*. Dans certains cas, l'épi-erme seul est coloré. Si on l'enlève, on trouve des surfaces rouges et lisses; 'autres fois l'épiderme, transparent, laisse voir la couche sous-jacente avec la co-)ration noire dont elle est le siége.

Nous avons déjà dit (sycosis) que le tricophyton produit dans ses premières ma-ifestations des symptômes analogues au pityriasis.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En général, le pityriasis est une maladie dont la *marche* est lente; sa *durée* est oujours longue quand l'éruption occupe une assez grande surface et qu'elle est ntretenue par une irritation quelconque. La *terminaison*, qui parfois a lieu spon-anément quand l'affection est légère, se fait le plus souvent longtemps attendre, nême quand on emploie un traitement méthodique et continué avec persévérance.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic du *pityriasis* est toujours facile. On le distinguera toujours du *psoriasis* par l'étendue des squames et leur coloration; de la *lèpre* par la disposi-tion et l'élévation des anneaux squameux que présente cette affection.

A la suite de certains *exanthèmes*, on observe une desquamation qu'on pourrait confondre avec celle du pityriasis; mais, dans cette dernière affection, il y a une repro-duction constante de lamelles qui se détachent et tombent sans cesse, tandis que, dans les exanthèmes, ce sont de larges surfaces qui se dépouillent pour ainsi dire à la fois, laissant çà et là des étendues variables de peau saine.

Ce caractère de *reproduction incessante de l'épiderme*, inhérent au pityriasis, le fera distinguer aussi de ces desquamations qui parfois ont lieu à la suite de l'*eczéma* ou du *lichen*. Du reste, l'existence antérieure d'une affection papuleuse ou vésicu-leuse lèverait tous les doutes.

La coloration fauve qui distingue le *pityriasis versicolor* des autres formes de ette affection ne pourra être confondue avec *certaines éphélides* dont la surface e présente pas cette desquamation furfuracée qui caractérise le pityriasis.

Pronostic. — Le pityriasis est en général une maladie peu grave; cependant, ı raison de son siége, de l'incommodité qu'il occasionne, de l'alopécie qu'il roduit et de son opiniâtreté, il acquiert une certaine importance aux yeux du ·aticien.

§ VI. — Traitement.

Le *pityriasis capitis*, indépendamment des moyens thérapeutiques qu'on lui ppose, réclame l'emploi de certaines précautions. On s'abstiendra donc de toute)iffure qui tende à tirailler ou à serrer les cheveux; l'usage du rasoir sera interdit, ı la barbe sera coupée avec des ciseaux. Chez les enfants, surtout si l'éruption est

[redacted]

légère, il suffit de brosser légèrement la tête ; la peau, stimulée sous cette influence cesse de s'exfolier en écailles farineuses.

Quand la maladie s'accompagne de l'alopécie que nous avons a signalée, le traitement doit être dirigé de la manière suivante, surtout s'il s'agit du *pityriasis capitis*, ainsi que M. Cazenave le fait remarquer.

« Le traitement général, dit cet auteur, est borné à l'administration de quelques *boissons amères* et à l'emploi de *légers laxatifs*. Localement, je fais faire, selon que l'inflammation est plus ou moins intense, ou des *lotions alcalines* ou des *lotions émollientes*. S'il y a de la chaleur, de la cuisson, si la desquamation est par trop abondante, je fais faire des onctions avec la *moelle de bœuf préparée*, ou des lotions avec l'*eau de son*, *de laitue*. Plus tard, je fais faire, soir et matin, des frictions légères avec un peu de la pommade suivante :

℞ Sous-borate de soude.. de 1 à 2 gram. | Axonge........... de 30 à 40 gram.

Mêlez.

» Le matin, je fais laver la tête soit avec une lotion émolliente, soit avec la lotion alcaline suivante :

℞ Sous-carbonate de potasse.... 4 gram. | Eau distillée.............. 500 gram.

Mêlez.

« Je prescris en même temps quelques bains tièdes alternés avec des bains alcalins. »

Dans plusieurs cas de *pityriasis capitis* peu intense que j'ai eu à traiter, la chute des cheveux et la formation des pellicules ont été arrêtées en quelques jours par le simple emploi de la *pommade au calomel* (5 grammes pour 30 grammes d'axonge).

Ces indications peuvent servir pour toutes les variétés du pityriasis. On conseille quelquefois les *émissions sanguines* dans le *pityriasis rubra*, si le sujet est fort et vigoureux ; les *bains sulfureux* et les *lotions sulfureuses* ont une efficacité incontestable dans le *pityriasis versicolor*, et on prescrit spécialement, pour le *pityriasis nigra*, les bains et les douches de vapeur.

ARTICLE IV.

ICHTHYOSE.

L'ichthyose est une difformité ; en général, elle ne compromet pas la santé, et dans la presque totalité des cas, elle est au-dessus des ressources de l'art. Ces considérations nous engagent à passer rapidement sur une affection qui n'a qu'une importance secondaire pour le praticien.

La division la plus naturelle et la meilleure à établir dans l'étude de l'ichthyose est celle qu'ont suivie MM. Cazenave ... ils admettent une *ichthyose congénitale* et une *i... dentel...*

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'ichthyose est une maladie caractérisée par l'épaississement de l'épiderme, qui prend la forme de squames plus ou moins larges, dures, desséchées, d'un blanc grisâtre, comme imbriquées, ne reposant jamais sur un tissu enflammé, et comparées, par les auteurs, aux écailles des poissons.

L'ichthyose a été aussi décrite sous les noms de *lepra ichthyosis*, *ichthyose serpentine*, *nacrée cornée* (Alibert), etc., etc.

§ II. — Causes.

L'ichthyose *congénitale* est presque toujours *héréditaire*, et, comme le fait remarquer M. Cazenave (1), d'une part, elle se transmet fréquemment pendant plusieurs générations successives ; de l'autre, elle semble attaquer de préférence les individus mâles. Quelquefois produite chez des sujets qui ont une disposition héréditaire, l'ichthyose *accidentelle* paraît aussi se développer sous l'unique influence d'*agents irritants:* alors elle est partielle. On a cité des cas où elle s'est montrée après une *vive émotion morale*. Elle est *endémique* dans quelques climats. Les femmes en sont atteintes, d'après Biett, dans la proportion d'un vingtième par rapport aux hommes.

§ III. — Symptômes.

Ils diffèrent suivant le degré de la maladie. Quelquefois la peau est seulement parsemée de *petites parcelles épidermiques* brisées, grisâtres. Il n'y a réellement qu'une légère augmentation d'épaisseur et une sécheresse de la peau, accompagnées d'une *exfoliation* continuelle.

D'autres fois la *peau* n'a plus sa souplesse habituelle; elle est épaissie, fendillée, recouverte de véritables *écailles* sèches, dures et résistantes. Les écailles, le plus ordinairement grisâtres, sont parfois d'un blanc nacré, souvent très luisantes et entourées de plusieurs *cercles noirâtres*. Elles résultent de ce que l'épiderme, *sillonné en tous sens*, s'est partagé en une foule de petites *squames* irrégulières, la plupart *imbriquées* au point adhérent. La grandeur de ces écailles varie: tantôt petites, elles sont environnées de *points farineux* qui correspondent aux sillons; tantôt larges, elles recouvrent dans une plus ou moins grande étendue les surfaces sillonnées.

Les écailles, si l'on en excepte les plus larges, peuvent être arrachées facilement et sans douleur. Il n'existe ni chaleur, ni douleur, ni démangeaison. Au-dessous d'elles, la peau n'est pas rouge, mais elle a une rudesse telle qu'au contact elle donne la sensation d'une peau de chagrin, et quelquefois même l'impression qu'on éprouve en passant la main sur le dos de certains poissons.

(1) *Dictionnaire de médecine* ou *Répertoire général des sciences médicales*, en 30 vol. t. XIV, art. ICHTHYOSE.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

A une époque rapprochée de la naissance, l'ichthyose congénitale est généralement peu prononcée ; cependant la peau a perdu sa finesse, son poli ordinaire ; elle est sèche, terne, grisâtre. Au bout de quelques semaines, la maladie se dessine d'une manière tranchée. Elle reste quelque temps bornée à l'épaississement et à l'exfoliation continuelle dont on a parlé plus haut; parfois elle persiste ainsi indéfiniment ; d'autres fois elle acquiert un degré plus élevé.

L'ichthyose accidentelle a en général une *marche* plus rapide, On la voit aussi subir pendant sa durée des modifications sensibles qui parfois pourraient faire croire à une guérison définitive, si le plus souvent on ne voyait dans une autre saison l'affection reparaître comme auparavant. Ces changements s'observent très rarement dans l'ichthyose congénitale.

L'ichthyose congénitale dure le plus ordinairement toute la vie ; l'ichthyose accidentelle disparaît quelquefois complétement ; sa durée, d'ailleurs, est toujours longue, souvent de plusieurs années, quelquefois indéfinie.

L'ichthyose congénitale occupe toute ou presque toute l'enveloppe cutanée; l'ichthyose accidentelle est le plus souvent bornée à une région, aux membres particulièrement.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Les écailles sèches et dures de l'ichthyose, quand cette affection est générale surtout, n'ont pas d'analogue dans les autres éruptions. Qu'on se rappelle cette surface sèche, dure, cette peau épaisse, fendillée, cette marche lente d'une maladie le plus souvent congénitale, on évitera toute erreur.

Le *pityriasis*, avec la mollesse du derme et ses pellicules blanches, se distinguera facilement de l'ichthyose, dans laquelle la peau, épaisse et rugueuse, est recouverte d'écailles d'une teinte grisâtre.

Pronostic. — L'ichthyose n'entraîne jamais la mort par elle-même ; elle n'occasionne aucun trouble notable des fonctions; seulement la peau est sèche et n'est plus le siége d'aucune transpiration habituelle, si ce n'est, dans certains cas, à la plante des pieds, qui, n'étant pas envahie par l'éruption, est habituellement humide de sueur.

§ VI. — Traitement.

Il est purement palliatif : on modifie passagèrement la rudesse de la peau à l'aide de *lotions mucilagineuses*, de *bains souvent répétés*, surtout de *bains de vapeur*. Ce sont les moyens qui ont le plus souvent réussi à Biett, qui n'a pas retiré de l'administration du *goudron* à l'intérieur les avantages signalés par Willan. On peut, dans certains cas d'ichthyose accidentelle, espérer la guérison : Biett l'a obtenue à l'aide de *vésicatoires* dont il avait recouvert successivement les deux bras qui étaient le siége de la maladie.

CHAPITRE VII.

AFFECTIONS TUBERCULEUSES DE LA PEAU.

Les affections tuberculeuses de la peau sont plus rares, surtout dans nos climats, que la plupart de celles dont on a parlé jusqu'à présent.

M. Rayer définit ainsi les tubercules de la peau : « Les tubercules, dit-il, sont des élevures solides, développées dans l'épaisseur de la peau, dont le volume varie entre celui d'une lentille et d'une olive, et qui se terminent presque toujours par suppuration ou par une altération de texture des parties affectées.

Cet auteur a placé parmi les tubercules le *lupus*, la *scrofule*, l'*éléphantiasis*, le *frambœsia*, le *cancer* et les *tubercules syphilitiques*. On ne saurait accepter complétement cette classification. Le lupus a été décrit à part par MM. Biett et Cazenave, parce qu'il présente des caractères particuliers. Cependant, pour ne pas multiplier les divisions, plaçons-le parmi les maladies tuberculeuses de la peau, mais il n'est pas possible d'en faire autant pour la scrofule, déjà décrite dans le chapitre consacré aux maladies du sang. Le cancer de la peau ne doit pas plus trouver place ici; c'est d'ailleurs une affection du domaine de la chirurgie. Quant aux tubercules syphilitiques, quelques mots suffiront en traitant des syphilides. Enfin l'éléphantiasis des Arabes est une affection qui a des caractères particuliers, et qu'on ne peut placer parmi les affections tuberculeuses proprement dites; aussi M. Rayer l'a-t-il décrit parmi les intumescences.

Avant de passer outre, il importe de faire remarquer que cette expression de tubercules ne doit pas faire regarder les maladies dont il va être question comme de la même nature que la phthisie pulmonaire; ce serait une grave erreur. On a donné ce nom aux tumeurs de la peau, parce qu'elles ont, comme les vrais tubercules, une ressemblance plus ou moins grande avec les tubercules de certaines plantes. Voilà tout ce que ces affections ont de commun, comme on a dû déjà le penser, en voyant que quelques auteurs ont rangé parmi ces affections tuberculeuses la scrofule, et surtout le cancer.

ARTICLE Ier.

ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS.

Les Grecs avaient donné le nom d'*éléphantiasis* à une maladie tuberculeuse de la peau dont ils voulurent peindre le caractère en comparant l'aspect qu'elle donne à celui de la peau de l'éléphant. Arétée en a tracé un tableau remarquable. Plus tard, une grande incertitude a régné dans la science sur ce qu'il fallait entendre par l'éléphantiasis des Grecs, ou lèpre du moyen âge. Dans une savante discussion (1), Dezeimeris a éclairé ce point obscur, et, dans ces derniers temps, MM. les docteurs Danielssen et Wilhelm Boeck (2) nous ont donné un traité com-

(1) *Dictionn. de méd.*, art. ÉLÉPHANTIASIS. — *Biblioth. méd.*, t. II, 1835.

(2) *Traité de la spedalskhed ou éléphantiasis des Grecs*, traduit du norvégien par L.-A. Cosson (de Nogaret). Paris, 1848, in-8 et atlas in-folio de 24 pl. col. — Voyez aussi l'article de M. Delioux de Savignac. — *Archives gén. de méd.* Juillet 1860.

[redacted]

plet de cette maladie qu'ils désignent sous le nom de *spédalskhed* qu'elle port Norvége. Du reste, l'éléphantiasis des Grecs est une maladie rare dans nos cli et qui n'a pour le práticien qu'un intérêt secondaire.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'éléphantiasis des Grecs est une maladie de la peau caractérisée par des ta rougeâtres, auxquelles succèdent des tubercules livides d'abord, et acquérant tard une coloration bronzée. Ces petites tumeurs, le plus souvent indolentes, quelquefois extrêmement sensibles; elles peuvent se terminer par ulcération par résolution, et elles s'accompagnent d'un boursouflement du tissu cellu sous-cutané qui donne un aspect hideux aux parties qui en sont le siége.

Suivant MM. Danielssen et Boeck, il y a une forme particulière de la mal dans laquelle les tubercules peuvent manquer. C'est la *forme* qu'ils nom *anesthésique*, et dans laquelle il y a des paralysies, des distorsions de la fa courbure des doigts, etc. Bien que dans quelques cas on voie, ainsi que prouvé les auteurs que je viens de citer, les tubercules de l'éléphantiasis s' avec un état morbide semblable, ce qui constitue la forme mixte des deux m norvégiens, il y a de telles différences entre la forme tuberculeuse et la forme thésique, qu'on doute que ce soit la même maladie.

On trouvera, dans l'ouvrage de MM. Danielssen et Boeck, les dénomin nombreuses sous lesquelles la maladie a été désignée dans les divers pays dep temps les plus reculés. Nous avons dit plus haut que ces médecins la décriven le nom de *spédalskhed* qu'elle porte en Norvége. Nous avons été étonné qu'il n pas fait mention du *scherlievo*, affection qui règne enémiquement sur les bo Danube, et qui paraît avoir de grandes analogies avec quelques cas cités pa On pourra en juger par la description qu'en a donnée M. le docteur de Moul médecin à Trieste.

Cette maladie a encore reçu différents noms : ainsi ceux de *léontiasis*, *léontine*, parce que les rides et les plis du front de ceux qui en sont atteints nent à leur face une certaine ressemblance avec celle du lion. On la conna core sous le nom de *lèpre du moyen âge ;* c'est la *lèpre tuberculeuse* bert, etc.

L'éléphantiasis des Grecs est une maladie rare en France ; on l'observ les pays méridionaux, et aux Antilles, où il paraît être assez commun, et, s les recherches du MM. Danielssen et Boeck, il n'est pas moins fréquent d Norvége, en Islande, en Hongrie, en sorte qu'il se montre dans les climats le opposés.

§ II. — Causes.

Les causes de l'éléphantiasis sont fort obscures. Nous ne connaissons guèr l'influence des *climats* tropicaux, équatoriaux et polaires. Cette influence est que les Européens qui en sont atteints l'ont presque tous contracté dans c gions.

(1) Voy. *Presse médicale*, mai 1837 : *Du scherlievo*. Art. communiqué par M. Guillot.

ı *jeunesse*, le *tempérament bilieux*, paraissent des conditions favorables à son loppement. Les *hommes* en sont bien plus souvent affectés que les femmes. travaux pénibles, les excès, l'habitation des lieux humides, les chagrins, etc., des causes qui peuvent avoir quelque influence, mais nous n'en connaissons le degré.

a *contagion*, admise par quelques anciens, est rejetée par la plupart des méde-, tels que Robinson, Ainsley, Adams, Biett, Danielssen et Boeck. La question '*hérédité* ne saurait encore être résolue aujourd'hui. On ne croit plus à la na- : syphilitique de l'éléphantiasis des Grecs.

§ III. — Symptômes.

)ans le plus grand nombre des cas, l'éléphantiasis n'est précédé d'aucun *sym-me précurseur :* ceux qu'a décrits S. Robinson (1), telle que la languenr, un ouragement prononcé, etc., et auxquels cet auteur attache une certaine impor-ce, constituent sans doute des exceptions. Très souvent les individus jouissant ore d'une parfaite santé s'aperçoivent comme par hasard qu'ils ont à la peau des ints jaunâtres et plus ou moins insensibles. Biett et Cazenave ont vu plusieurs ı de ce genre.

A la surface cutanée apparaissent une ou plusieurs *taches* d'une teinte fauve, m aspect d'abord poli et luisant, plus tard terne et bronzé. Chez les nègres, elles nt fauves ou rougeâtres. Au debut, elles s'accompagnent d'un *léger gonflement* mme œdémateux ; ce caractère est surtout sensible au visage.

Un des caractères les plus importants de ces taches, c'est leur *insensibilité.* Cette ensibilité, qui existe dans le plus grand nombre des cas, est, au début, un signe cieux pour le diagnostic. Dans quelques cas assez rares, la peau a acquis, au traire, une *sensibilité insolite;* le moindre attouchement, même dans les points 'és de taches, provoque alors une sensation douloureuse.

.es taches, dont le nombre est très variable, et dont l'éruption lente et progres- n'est peut-être jamais accompagnée de mouvement fébrile, peuvent constituer e la maladie pendant des mois, des années entières.

.près une plus ou moins grande durée de cet état stationnaire, on voit succéder taches des *tubercules* ou de petites *tumeurs* molles, rougeâtres ou livides, t le volume varie entre celui d'un pois et celui d'une noix et plus. Les tubercules se développent sur tous les points où existent des taches peuvent n'en envahir ıne partie, quelquefois même ils paraissent se développer sans avoir été précédés la tache. Leur forme est assez irrégulière; ils sont mous et donnent un ect particulier aux parties qu'ils occupent. C'est ainsi qu'au visage, dont ils ahissent parfois la totalité, ils produisent cette horrible déformation des traits t Arétée nous a laissé une peinture énergique (2). Aux membres, quand ils fait quelques progrès, ils présentent des tumeurs énormes, aplaties, occupant ace externe.

1) *On the elephantiasis as it appears in Hindostan* (*Medico-chirurgical Transactions*, don, t. X, p. 27).

2) *De morb. acut.*, lib. II, cap. 13.

[redacted]

A un degré plus avancé, les *tubercules s'enflamment ;* ils deviennent le siég d'*ulcérations* blafardes et de mauvaise nature. Un *liquide sanieux* se concrète à leur surface et forme des *croûtes épaisses.* Il est rare qu'à la chute de ces croûtes on trouve des *cicatrices* solides. La maladie poursuit sa marche destructive; elle envahit les tissus sous-jacents ; *les os se ramollissent, se déforment, se contournent; des portions de membres se détachent* et tombent ; et l'on a vu des malades survivre à de pareilles mutilations.

A une certaine période on voit successivement *le tact s'émousser* ou se perver tir, *la voix s'éteindre, la vue et l'odorat s'affaiblir* singulièrement. Les organ *de la génération* participent à cette torpeur morbide. Dans certains cas, au contraire, suivant quelques auteurs, il y a une très grande tendance au coït, une espèce de *satyriasis*; mais ces cas sont exceptionnels, et, lorsque la maladie est avancée, l'abolition des facultés viriles est un symptôme constant.

D'un autre côté, les *muqueuses* sont le siége d'irritations diverses, surtout l muqueuses gastro-intestinales. Les *tubercules* dans le pharynx et le larynx, les ulcé rations de la pituitaire, sont des phénomènes presque constants. Il est, ainsi qu nous l'avons dit plus haut, une autre forme admise par MM. Danielssen et Boeck c'est la *forme anesthésique.* Mais, comme les caractères de cette forme ne suff pas pour démontrer qu'il s'agisse absolument de la même affection, il en sera seul ment fait mention.

§ IV. — Siége.

L'éléphantiasis peut occuper tous les points du corps ; rare sur le tronc, il montre surtout au visage, où il envahit particulièrement le nez et les oreilles; pu viennent les membres, qu'il déforme ou qu'il détruit. Quand il est borné à seul point, c'est ordinairement à la face qu'il a son siége.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

L'éléphantiasis des Grecs a en général une *marche* lente. Quelquefois ne donnant lieu qu'à des taches ou à quelques tubercules, il disparaît au bout de peu d temps, surtout quand il se développe pour la première fois, mais c'est ordinaire ment pour reparaître de nouveau et plus grave.

La maladie peut se prolonger des mois, des années, indéfiniment, à l'état taches ou de tubercules. Souvent, malgré ses progrès, qui en font une mal affreuse et repoussante, elle peut avoir une *durée* bien peu en rapport avec gravité.

La guérison est une *terminaison* rare de l'éléphantiasis ; elle ne survient gu que dans les cas où la maladie est peu étendue, et lorsque les sujets sont forts vigoureux. Le plus souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, les mal finissent par succomber.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Elles varient selon l'ancienneté et l'intensité de la maladie. La peau est parse de tubercules ; les uns semblent s'être développés dans le derme lui-même, l autres être le résultat de l'inflammation de quelques points du tissu sous-jace

...n trouve encore une induration tuberculeuse, blanchâtre, résistant sous l
...l. La peau qui les recouvre est amincie, comme rétractée.
...elquefois la coloration anormale a en partie disparu, les tubercules sont effa
...hypertrophie est presque détruite.

Après plusieurs jours de macération, dit M. Cazenave (1), la peau d'un él ...tiasique présente : 1° l'épiderme épaissi ; 2° au-dessous, une couche éminem ... vasculaire, comme érectile ; 3° une troisième couche dure, épaisse, solid ...ée, offrant plusieurs vacuoles occupées par des grumeaux d'un blanc jaunât ...colore, et au-dessous d'elle un tissu cellulaire graisseux, épaissi. »

...s les organes, on trouve diverses altérations qui ne paraissent pas appartenir ...phantiasis ; ce sont des complications plus ou moins graves qui, le plus souven ...entraîné la mort : telles sont les ulcérations intestinales, les tubercules pulm ..., etc. On trouvera, à propos des lésions anatomiques, des détails très intére ... dans l'ouvrage de MM. Danielssen et Boeck, qui ont donné aussi des planch ...exactes (2).

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

...gnostic. — L'éléphantiasis des Grecs, avec ses caractères si spéciaux, ...che, son siége, ne sera jamais confondu avec aucune autre affection. *L'élé...ntiasis des Arabes*, qui est un gonflement plus ou moins informe d'une part ...corps, constitue une maladie à laquelle la peau semble étrangère au début, a ...s dans la plupart des cas. Il suffira de se rappeler les disques *squameux*, ... élevés, à centre sain, de la lèpre vulgaire, pour éviter toute confusion av ...ladie *tuberculeuse* à laquelle les Grecs ont donné le nom d'*éléphantiasis*.

...nostic. — Il est toujours grave ; la maladie a une marche envahissant ...que lente, et tend le plus souvent vers une terminaison fatale. Ce n'est guè ... la combattant au début qu'on peut, comme l'ont observé Biett et M. Caze..., espérer d'en arrêter les progrès, et surtout lorsqu'elle a un siége borné, l ...ge par exemple.

§ VIII. — Traitement.

L'impuissance de la thérapeutique contre l'éléphantiasis des Grecs est un fait tro ...ré, dans la majorité des cas, pour que nous voyions quelque avantage à mett ... les yeux du praticien la foule de médicaments employés pour le combattre. ...trouvera dans les auteurs qui se sont plus particulièrement occupés des maladi ... pays chauds et froids, tels que Robinson, Adams, Ainsley, Heinken, Danielss ...Boeck, etc. Du reste, la plupart des moyens sont infructueux, soit à cause d ...t trop avancé du mal, soit parce qu'à une certaine période la muqueuse dige ..., malade elle-même, empêche l'administration de substances un peu active ...Si l'on assistait au début du mal, on pourrait, selon beaucoup d'auteurs, excit ... parties malades avec des *liniments irritants*, des *lotions excitantes* ; l'applic ...n de *vésicatoires* sur les points malades, recommandée par S. Robinson, a ra

(1) *Dict. de méd.*, art. ÉLÉPHANTIASIS.
(2) Danielssen et W. Boeck, *Traité de la spédalskhed ou éléphantiasis des Grecs*. Pari ...840, un vol. in-8, et atlas in-folio de 24 planches.

[redacted]

pelé entre les mains de Biett la sensibilité sur des surfaces où elle paraissait étein[illegible]

Les *frictions résolutives*, avec l'*hydriodate de potasse* (4 gram. pour 30 gra[illegible] d'axonge), jointes aux *douches de vapeur*, pendant lesquelles on a soin de ma[illegible] les tubercules, ont été préconisées pour la résolution des tumeurs.

La *cautérisation avec le fer rouge* a été employée avantageusement par Bi[illegible] dans plusieurs cas graves ; Larrey l'a également pratiquée avec succès.

Les *sudorifiques*, les *cantharides*, et surtout les *préparations arsenicales*, [illegible] été beaucoup vantés. Biett et M. Cazenave sont parvenus, à l'aide de ces der[illegible] moyens, et notamment des *pilules asiatiques*, à arrêter plus d'une fois les prog[illegible] du mal. MM. Danielssen et Boeck ont obtenu quelques bons résultats de l'io[illegible] surtout dans la *forme* qu'ils nomment *anesthésique*.

Selon la plupart des auteurs, les *préparations mercurielles*, à l'intérieur ou [illegible] l'extérieur n'ont pas les avantages que quelques-uns leur ont accordés. M. Cazena[illegible] n'en a jamais vu d'heureux résultats.

Le traitement des complications et l'observation rigoureuse de tous les précep[illegible] de l'hygiène complètent ce que nous avions à dire sur la thérapeutique d'une [illegible] ladie pour laquelle l'art a, jusqu'à présent, épuisé sans succès la plupart de [illegible] efforts. L'efficacité de l'*hydrothérapie* dans cette grave affection serait à étud[illegible]

ARTICLE II.

LUPUS.

Dans le plus grand nombre de cas, le *lupus* présente les gonflements circo[illegible] scrits de la peau auxquels on a donné le nom de *tubercules ;* mais il est aussi [illegible] cas où il n'en est pas ainsi. C'est ce que M. Cazenave (1) a parfaitement établi.

Ce n'est donc que pour ne pas trop multiplier des divisions que nous avons [illegible] principalement égard à la forme tuberculeuse, qui est la plus fréquente, et en ra[illegible] prochant cette affection des précédentes.

Le lupus compte parmi les maladies le plus anciennement connues. On la trou[illegible] indiquée dans Hippocrate et décrite dans Celse ; mais ce n'est que depuis les tr[illegible] vaux des modernes qu'elle est bien connue.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition donnée par M. Cazenave est la plus exacte : « Le lupus, dit-il, [illegible] une maladie chronique de la peau qui se manifeste, quelquefois au début, par [illegible] taches d'un rouge violacé, mais le plus ordinairement par des tubercules livi[illegible] indolents, plus ou moins volumineux. Il a pour caractère principal une tenda[illegible] à détruire les parties environnantes ou les tissus sous-jacents, soit en labourar[illegible] peau sous forme d'ulcères ichoreux de mauvaise nature, se recouvrant sans c[illegible] de croûtes brunâtres, très adhérentes, qui laissent voir à leur chute des destr[illegible] tions nouvelles, soit en altérant profondément le derme, et en produisant des c[illegible] trices indélébiles, sans qu'il y ait eu préalablement la moindre plaie, la moin[illegible] ulcération. »

(1) *Dict. de méd.*, art. LUPUS.

Le lupus est l'affection désignée par Hippocrate sous le nom d'*herpès esthiomène*, par Celse sous celui de *thériomate*. Il a encore été décrit sous les dénominations *papula fera*, *herpes exedens*, *dartre rongeante*. C'est une maladie heureuse-ment peu fréquente.

§. II. — Siége de la maladie.

Tous les médecins savent que le lupus affecte particulièrement la face, et que, ns cette région, il se montre surtout au nez. Ordinairement il reste borné à cette rtie du corps, mais parfois il en envahit d'autres, et surtout le cou, les épaules la poitrine. Il est plus rare aux membres. Quelquefois il affecte successivement sieurs régions.

§ — III. — Causes.

On ne sait rien de positif sur les *causes occasionnelles*. Quant aux *causes pré-posantes*, voici, suivant les auteurs, les influences qu'on a le plus souvent notées. enfance, et plus souvent encore l'*âge* compris entre seize et vingt-cinq ans, en t le plus fréquemment affectés. Les *enfants scrofuleux* y sont plus sujets que autres, et, selon la remarque de M. Cazenave, c'est le *lupus avec hypertrophie* 'on observe principalement chez eux. Quelquefois des sujets qui en ont été atteints s leur enfance en sont repris dans l'âge adulte. Il est bien rare qu'il se montre rès l'âge de quarante ans. Le *sexe* ne paraît avoir aucune influence sur lui. Il est s fréquent dans les *campagnes* que dans les villes; on n'a pu déterminer pour-oi.

Enfin on a accusé les *aliments âcres*, les viandes altérées, les vieux fromages, etc., produire la maladie, et l'on a cité à ce sujet sa fréquence dans certaines contrées l'on use habituellement d'une semblable nourriture. Mais ce sont là des appré-ions très vagues; car, dans ces pays, il y a beaucoup d'autres causes dont il au-fallu apprécier l'influence. Le lupus *n'est pas contagieux*.

§ IV. — Symptômes.

Pour décrire le lupus, on a eu recours à des divisions diverses. M. Rayer reconnaît *lupus exedens* et un *lupus non exedens*. Cette division doit être acceptée, mais, outre, il convient de distinguer avec Biett, imité en cela par M. Cazenave (1), x espèces de *lupus exedens* : l'un qui détruit en surface, et l'autre qui détruit profondeur. Une étude attentive de la maladie a prouvé que cette distinction t pas sans importance, mais, avant d'entrer dans ces détails, il est nécessaire de quelques mots du lupus en général.

Lupus en général. — La maladie débute ordinairement par l'apparition d'un t *rouge obscur*, faisant saillie au-dessus du niveau de la peau, dur et peu étendu urface : c'est là ce qu'on a désigné sous le nom de *tubercules*.

Les *tubercules* ont un volume variable. Ordinairement ils sont peu développés début, et restent tels pendant assez longtemps. Dans quelques cas, au contraire, r volume est considérable dès le début. Dans presque tous, il augmente nota-ment au bout d'un certain temps.

Bien que les tubercules du lupus s'élèvent notablement au-dessus de la surface

(1) *Loc. cit.*

de la peau, si l'on recherche à quel degré de profondeur ils pénètrent dans cette membrane, on voit que, dans les premiers temps du moins, ils n'en occupent que les couches superficielles. Ils sont plus ou moins nombreux et plus ou moins rapprochés, de telle sorte que, au début, il n'y en a souvent qu'un très petit nombre, tandis que dans certaines variétés ils se multiplient et envahissent une assez grande surface. Dans tous les cas, leur nombre augmente avec le temps, sans que toutefois la maladie ait ordinairement une tendance marquée à s'étendre beaucoup en surface.

Tels sont les caractères communs aux diverses espèces de lupus. Il y a néanmoins quelques exceptions fort bien indiquées par M. Cazenave, et dans lesquelles on ne trouve pas de véritables tubercules, mais seulement une *tuméfaction légère et diffuse* d'un ou de plusieurs points de la peau, et ce sont ces cas qui ont autorisé quelques auteurs à rejeter le lupus des affections tuberculeuses.

Lorsque ces symptômes ont duré un temps plus ou moins long, il survient des phénomènes particuliers qui établissent dans le lupus les espèces précédemment indiquées, et dont nous allons donner la description.

2° *Lupus qui détruit en surface.* — Il est une variété de cette espèce qui a été très bien décrite par M. Cazenave : « Dans quelques cas bien rares, dit-il, la maladie semble n'affecter que les couches les plus superficielles du derme. On l'observe surtout alors à la face et aux joues en particulier. Il ne se développe pas de tubercules, il ne se forme pas de croûtes, mais la peau prend une teinte rouge; des exfoliations épidermiques occupent la surface malade; la peau s'amincit graduellement; elle est lisse, luisante, rouge; elle offre bientôt l'apparence d'une cicatrice qui se serait formée après une brûlure superficielle; la rougeur disparaît sous la pression du doigt; le malade n'éprouve aucune douleur, mais le toucher en développe; la surface affectée devient sensible après un violent exercice et des excès de boisson. Lorsque la maladie cesse de faire des progrès, la rougeur disparaît; il ne se forme plus de légères exfoliations épidermiques, mais la peau reste mince et luisante : elle est lisse au toucher, et elle paraît avoir perdu de son épaisseur. »

Il est bien plus ordinaire de voir se former d'abord les tubercules indiqués plus haut. Ceux-ci peuvent rester assez longtemps stationnaires, mais presque tout à coup, et bien souvent sans qu'on puisse en trouver la raison, leur nombre augmente, ils sont entourés d'un *gonflement comme œdémateux de la peau*, et finissent par présenter une *ulcération irrégulière*.

L'*ulcération* envahit les parties voisines, et, à la place où elle existait d'abord, se forme une *cicatrice* irrégulière, blanche, tendue, bridée. Lorsqu'elle est considérable, elle est environnée d'un cercle, d'un bourrelet tuberculeux, qui bientôt s'ulcère à son tour, et c'est par cette marche excentrique que le lupus s'étend en surface.

Il n'est pas rare de voir l'ulcération rétrocéder pour ainsi dire. Ainsi de nouveaux tubercules, se formant aux limites de la cicatrice, s'ulcèrent à leur tour, et leur ulcération envahit les cicatrices déjà formées.

Les ulcérations sont recouvertes d'une *croûte* noirâtre, fort adhérente, et qui, si l'on parvenait à la détacher avant que le traitement eût modifié la maladie, ne tarderait pas à se reproduire.

Cette variété de lupus ayant ordinairement son siége à la face et au nez, comme

suivantes, peut occuper tous les autres points du corps, et envahir de larges -faces. Il faut être prévenu de cette circonstance, parce que cette affection, si ile à reconnaître à la face, est souvent méconnue ailleurs, sa présence étant ur ainsi dire insolite dans les autres parties du corps. M. Cazenave a eu maintes s occasion de s'en assurer.

Par suite du *siége particulier* de la maladie dans certains points, il survient des cidents qu'il est facile de prévoir. Si les tubercules occupent le pourtour des res, par exemple, la bouche est très difficilement ouverte; et lorsque les ailes nez sont atteintes, ce qui est très fréquent, elles sont détruites par l'ulcération. s exemples suffisent.

Quand les progrès de la maladie sont arrêtés, et lorsque les lésions sont en très ande partie réparées, il reste des *stigmates indélébiles.* Ils ont été très bien crits par M. Cazenave. «Lorsque, dit-il, les croûtes sont enlevées, et qu'un traiment convenable est mis en usage, il ne s'en reforme pas de nouvelles. Quelques la surface est rugueuse et parsemée de petits tubercules rouges, blafards; autres fois elle présente un meilleur aspect : elle se recouvre de petites desquaations minces, comme épidermiques, et l'on ne tarde pas à y voir une cicatrice nche, solide dans plusieurs points.

» A cet état d'amélioration, quand les ravages du lupus ont été fort étendus, la ure présente un aspect tout à fait remarquable : elle offre une foule de cicatrices égulières, souvent très étendues, d'un blanc quelquefois rosé, tendues, luisantes, s épaisses dans quelques points, mais dans d'autres tellement minces qu'elles aissent comme transparentes, et qu'on dirait qu'elles sont sur le point de se mpre. On retrouve ces derniers caractères sur les parties qui ont été envahies ieurs fois, et dont les cicarices ont été détruites par des ulcérations successives. que toujours ces cicatrices viennent se rendre, à des distances plus ou moins nées, à la base de quelques tubercules, entre lesquels elles semblent comme ées. D'autres fois on observe, sur divers points de leur circonférence, des ûtes noirâtres et qui souvent tardent beaucoup à se détacher. »

3° *Lupus qui détruit en profondeur.* — Dans cette variété, c'est le nez qui principalement et souvent uniquement affecté. La maladie commence par un *flement* de la partie intéressée. Sur ce gonflement se forment une ulcération, puis croûte; celle-ci tombe ou est arrachée. L'ulcération augmente en profondeur ussi en largeur; il en résulte, après plusieurs atteintes, une destruction de l'ore, variable en étendue, et trop souvent non-seulement les parties molles, mais ore les cartilages sont détruits. Souvent aussi un écoulement fétide a lieu par nez, qui est douloureux, gonflé, enflammé. Il n'est pas rare de voir la destruction endre au delà du nez, et alors une partie de la face, la voûte palatine, et même gencives, participent à cette destruction (1).

Cette variété de la maladie marche parfois avec rapidité et d'une manière conue, en sorte qu'en peu de temps les parties sont profondément altérées, et ruites. Plus souvent la maladie a des temps d'arrêt : il se forme des cicatrices, is elles ne sont que temporaires; de nouveaux tubercules et de nouvelles ulcéions se produisent sur elles, et la destruction continue à faire des progrès.

(1) Voy. Arnal, *Journ. heb.*, 2e série, t. VIII.

[redacted]

Les deux variétés précédentes constituent le *lupus exedens.*

4° *Lupus avec hypertrophie* (*lupus non exedens*). — Nous empruntons la d
ption de cette variété à M. Cazenave : « Cette variété, dit-il, présente des phén
tout à fait remarquables : elle débute ordinairement à la face, qui en est le siég
que exclusif, par des tubercules peu saillants, mous, indolents, ordinairemen
nombreux ; ceux-ci occupent des surfaces assez étendues, une grande parti
joue par exemple, et quelquefois toute la figure ; ils ne s'ulcèrent point
sommet. Peu à peu la base de ces tubercules s'élargit, la peau et le tissu ce
sous-jacent deviennent le siége d'un engorgement indolent, et les surfaces a
tuméfiées, présentent une sorte de bouffissure tout à fait remarquable : a
d'un certain temps, la figure est parsemée de points rougeâtres qui ne sont
que les tubercules qui, par suite de la tuméfaction des parties sous-jace
trouvent au niveau de la peau ; on remarque çà et là, au milieu d'eux, de
blancs, véritables cicatrices qui ont remplacé les tubercules anciens. »

Cette variété est celle qui envahit l'espace le plus étendu. Elle occupe or
ment toute la face, produit un gonflement des lèvres, une tuméfaction com
mateuse des autres parties, l'ectropion, l'épiphora, l'oblitération des nar
parfois même envahit les oreilles. Il en résulte un aspect hideux et dégo
la face. Il est, du reste, facile de se faire une idée de toutes les altérations
produire cette grave maladie.

Telles sont les diverses variétés du lupus. Pour compléter la description
affection, il suffit d'ajouter que ces différentes variétés ne s'excluent pas
même sujet, qu'il n'est pas très rare de les voir réunies, et qu'un *érysip*
ronnant est une complication assez fréquente de la maladie.

Esthiomène de la région vulvo-anale. — M. Huguier (1), dans un
plein d'intérêt, a donné l'histoire du lupus qui a pour siége la région vulv
laquelle il a reconnu la plus grande analogie avec la face. Il distingue troi
d'esthiomène : la première est l'*esthiomène superficiel*, *ambulant ou serp*
la deuxième est l'*esthiomène perforant*, et la troisième est l'*esthiomène h*
phique. On voit que ces espèces correspondent à celles que nous avons t
la face, et il est facile de s'assurer, par la description que donne M.
qu'elles ont les mêmes caractères dans les deux régions. Quant aux
qu'elles peuvent produire, ils sont considérables, comme on peut en juge
observations rapportées dans le mémoire dont il s'agit.

Deux des espèces que nous venons d'indiquer présentent chacune plus
riétés qui sont les suivantes : à l'esthiomène superficiel appartiennent l'*es*
érythémateux, l'*esthiomène tuberculeux.* A l'esthiomène hypertrophiqu
portent l'*esthiomène végétant*, l'*esthiomène œdémateux* ou *éléphantiasiq*

Le diagnostic de cette affection a été donné avec un très grand soin pa
guier.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la description des variétés, on a indiqué la *marche* de l'affection :
cession de tubercules, d'ulcérations et de cicatrices, voilà en général

(1) *Mémoire sur l'esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale* (*M*
l'Acad. de méd., Paris, 1849, t. XIV, p. 501).

erve. Quant à la *durée*, elle est généralement très longue ; il faut ordinairement années pour que la maladie se borne, et l'on voit des sujets chez lesquels elle siste toujours. On n'a pas à craindre la *terminaison* par la mort.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Cette affection ne saurait être confondue avec une *tumeur cancéreuse* qui se mifeste presque toujours chez des sujets âgés, qui est dure, douloureuse, qui, squ'elle s'ulcère, donne lieu à un suintement ténu, âcre, sanieux, et dont l'ulration est profonde et grisâtre.

Les *tubercules syphilitiques* sont plus volumineux, arrondis, cuivrés, ne fourssant pas d'exfoliation, et lorsqu'ils s'ulcèrent, ce qui est plus rare que dans le pus, ils présentent une ulcération arrondie, grisâtre, et à bords taillés à pic. uant à la distinction qu'on a établie entre cette affection et l'*acne rosacea*, ainsi ie l'*éléphantiasis des Grecs*, elle n'a pas une très grande importance, et il suffit : rapprocher les descriptions de ces maladies pour en saisir immédiatement les andes différences.

Pronostic. — Le lupus est une maladie ordinairement très rebelle ; elle produit s destructions souvent très considérables ; c'est donc une affection qu'on doit nsidérer comme grave. Cependant elle ne menace pas l'existence. Une hyperophie très considérable est un signe fâcheux. La mollesse, la coloration bleuâtre s cicatrices, la persistance de quelques tubercules dans leur voisinage, doivent re craindre le retour du lupus. Plus la maladie est ancienne, plus elle est belle.

§ VII. — Traitement.

1° *Traitement interne.* — Si les sujets présentent des traces de scrofules, on it leur administrer les médicaments propres à combattre cet état (1).

Les malades doivent suivre tous les préceptes d'une bonne hygiène, et, pendant traitement, se tenir à l'abri des influences atmosphériques.

On fait prendre des *boissons amères* et quelques *toniques*, mais rien ne prouve l'on ait tiré de grands avantages de ces moyens.

On a eu recours, et principalement dans le *lupus non exedens*, à l'administration : l'*huile animale de Dippel* (5 ou 6 gouttes d'abord, portées progressivement squ'à 20 et 25 gouttes), à la *tisane de Feltz*, à la *solution de Pearson*, à celle : *Fowler*, aux *pilules asiatiques*, etc., sans en obtenir de grands avantages.

Un seul traitement interne mérite une mention particulière, c'est celui qui conste dans l'administration de l'*huile de foie de morue à haute dose.* Emery a ité des faits nombreux dans lesquels ce moyen avait procuré soit une guérison omplète, soit une très grande amélioration. Ce médecin donne l'huile de foie de morue à la dose de trois à cinq cuillerées à bouche d'abord, puis il va en augmenant, de telle sorte qu'il arrive à 4 ou 500 grammes et plus. La difficulté de faire prendre d'aussi énormes doses est le seul inconvénient de cette médication.

(1) Voy. art. SCROFULES, t, I, p. 377.

[redacted]

M. Teirlinck (1) a obtenu également une guérison chez un malade en donnant l'huile à la dose énorme d'une à deux livres par jour. La maladie se compliquait d'un état scrofuleux.

Le *deuto-iodure de mercure*, administré tous les jours à la dose de 20 à 25 milligrammes, et élevé successivement jusqu'à celle d'*un centigramme*, est, de tous les remèdes donnés à l'intérieur, celui qui a eu les résultats les plus avantageux entre les mains de M. Rayer. Au bout d'un ou deux mois, il faut laisser reposer pendant quelque temps les malades, et reprendre ensuite la première dose.

2° *Traitement local.* — Le traitement local consiste presque exclusivement dans l'emploi des *caustiques*. Une règle générale qu'il faut d'abord établir, c'est que les caustiques ne doivent être appliqués que sur des points limités ; on attaque ainsi successivement, par portions, toute l'étendue du mal.

Les *caustiques liquides*, tels que l'*acide sulfurique*, le *nitrate acide de mercure*, sont appliqués à l'aide d'un petit pinceau.

M. Cazenave (2) conseille également comme topique l'*huile animale de Dippel*, lorsque le lupus attaque les muqueuses extérieures, lorsque les ulcérations ont pénétré dans la bouche, les fosses nasales ; les caustiques les plus énergiques sont alors contre-indiqués.

Cautérisation avec le chlorure d'or. — M. le docteur Malichecq (3) nous a fait connaître un traitement particulier employé avec beaucoup de succès par M. Potton à l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, et dans lequel la cautérisation à l'aide du *chlorure d'or en solution* entre comme moyen principal. Le traitement est dirigé de la manière suivante :

« 1° Une tisane amère ou dépurative ; 2° l'huile de foie de morue à l'intérieur, à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche par jour ; 3° la cautérisation avec le chlorure d'or en solution, répétée à peu près tous les huit jours.

» Voici la composition de cette préparation aurifère :

Or laminé.............	ãã 1 partie.	Acide chlorhydrique.....	3 parties.
Acide nitrique.........			

» On obtient un liquide d'une couleur jaune bien prononcée. Pour bien conserver cette préparation, il faut qu'elle soit renfermée dans un petit flacon bouché à l'émeri, à l'abri du contact de l'air.

» Voici les règles à observer dans l'emploi de ce caustique, et les phénomènes qui suivent son application.

» On se sert d'un très petit pinceau, ou d'un peu de charpie portée à l'extrémité d'une pince ; on l'imbibe dans la dissolution aurifère.

» On cautérise toute la surface malade en la badigeonnant ; cependant lorsque le mal est trop étendu, il vaut mieux n'en toucher qu'une portion seulement ; aucun pansement n'est nécessaire, on laisse la partie exposée à l'air libre.

» Il faut que les croûtes ne soient enlevées ni par le malade ni par le médecin.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 février 1852.
(2) *Ann. des maladies de la peau*, janvier 1852.
(3) *Efficacité du chlorure d'or employé comme caustique dans le traitement du lupus* (*Bull. gén. de thérap.*, t. XXXIV, mai 1850).

elles tombent spontanément à la suite d'un travail local modificateur et esse
à la guérison de la maladie.

On revient à la cautérisation après la chute complète des croûtes, et seuleme
. On l'opère toujours de la même façon, on passe légèrement sur les parti
affectées, on cautérise un peu plus fort les tissus où le mal est plus profond.

Immédiatement après qu'on a touché les parties affectées, surtout si ell
nt quelques points ulcérés, les malades éprouvent une douleur instantané
nte, quelquefois assez vive pour amener un larmoiement considérable d
x yeux, principalement chez les enfants. Cette douleur se dissipe graduell
nt et ne dure qu'une ou quelques heures, suivant l'étendue et la profondeur
autérisation.

Les règles générales que nous venons de tracer en peu de mots doivent ê
oureusement observées dans l'emploi de ce puissant caustique. »

La *poudre arsenicale du frère Côme* est principalement mise en usage dans
us rongeant. On l'applique ainsi qu'il suit :

On en délaye une petite quantité sur un morceau de faïence, et, à l'aide d'u
tule, on étend cette pâte liquide sur une surface qui ne doit pas dépasser h
dix lignes de diamètre. Quand ce point est cicatrisé, on attaque le suivant.
oyen ne doit être employé qu'avec une grande prudence.

On emploie aussi de la manière suivante (1) la *poudre de Dupuytren*, ai
mposée :

℞ Protochlorure de mercure. 99 parties | Acide arsénieux............ 1 partie.

Mêlez.

La surface du lupus est-elle ulcérée, humide et nettoyée, on la saupoudre av
ne petite houppe chargée de la poudre ci-dessus indiquée, de façon à la couv
d'une couche épaisse d'un millimètre au plus. Cette surface est-elle couverte d'u
croûte, il faut la faire tomber au moyen de cataplasmes ; puis on saupoudre l'u
cère comme il vient d'être dit. Enfin l'ulcération est-elle actuellement couve
d'une cicatrice imparfaite, il faut la détruire ; vingt-quatre heures après, on sa
poudre la surface de l'ulcération, qui a cessé d'être saignante. Craint-on que
poudre n'adhère pas assez fortement aux parties, et qu'elle ne soit enlevée ou e
traînée, on peut la délayer avec de l'eau de gomme, ou l'incorporer avec l'ongu
rosat. Dans ce cas, il faut augmenter d'un ou deux centièmes la dose de l'ac
arsénieux. Dans tous les cas, il faut attendre que la poudre ou la pommade tom
d'elle-même, ce qui arrive ordinairement au bout de huit ou dix jours, et reno
veler les applications jusqu'à la guérison complète ; elle a lieu quelquefois ap
huit ou dix semaines, ou cinq ou six applications.

La *pâte de chlorure de zinc* a été principalement mise en usage par Biett ;
médecin en employait deux différentes ainsi préparées :

PATE N° 1.

℞ Farine.............. 2 parties. | Chlorure de zinc.......... 1 partie.

Mêlez.

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1835, t. II, p. 200.

[redacted]

PATE N° 2.

℞ Farine.... .... 3 parties. | Chlorure de zinc.......... 1 parti

Mêlez. On peut diminuer davantage encore la proportion de chlorure de zinc, suiva tabilité des parties.

On emploie cette pâte, ainsi que la *pâte au chlorure d'antimoine*, le ca *de Vienne*, etc., de la même manière que la pâte arsenicale du frère Côme

D'autres caustiques, et même le *cautère actuel*, ont encore été préconis les précédents sont les principaux. Le cautère actuel est généralement ab aujourd'hui.

Restent les *frictions* faites avec certaines substances actives, dont on principalement pour combattre le *lupus non exedens*, et les frictions *pommade au calomel*, à l'*oxyde de zinc*, etc. Celles qu'on pratique avec *made à l'iodure de soufre* ont un peu plus d'efficacité. Voici la compo cette pommade :

℞ Iodure de soufre....... 1 gram. | Axonge................ 30 g

Pour frictions, matin et soir.

M. Rayer a recommandé les frictions avec l'*iodure de mercure*. Il se ser mades ainsi composées :

℞ Proto-iodure de mercure. 2 gram. | Axonge................ 30 g

Mêlez.

ou bien :

℞ Deuto-iodure de mercure. 1 gram. | Axonge................ 30 g

Mêlez. Pour une ou deux frictions par jour.

M. Cazenave (1) recommande de mettre avec un pinceau, sur les partie veut attaquer, une couche légère du mélange suivant :

℞ Bi-iodure de mercure.... 15 gram. | Axonge................ 5
Huile d'amandes douces.. 10 gram.

Ce topique occasionne une douleur assez forte et persistante, mais les cicatric obtient sont plus légères et de niveau avec le reste de la peau.

Il faut surveiller l'emploi de ces pommades, et surtout de la derniè qu'elles irritent parfois très fortement la peau. Tant que cette irritatio dérée, y eût-il même un peu de rougeur érythémateuse autour de la parti on ne doit avoir aucune crainte, car ce degré d'irritation est nécessaire

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 septembre 1851.

...adie soit modifiée ; mais si cette limite était dépassée, il faudrait s'arrêter i...
...tement, et combattre l'irritation cutanée.

...sque *le lupus ou esthiomène occupe la région vulvo-anale*, on doit, si la m...
...a résisté aux principaux moyens de traitement qui viennent d'être indiqu...
...r *les parties malades*. Ce moyen a été employé nombre de fois par M. H...
... et a eu un grand succès.

...joutons qu'on doit surveiller la formation des cicatrices, afin qu'elles ne soi...
...trop vicieuses, et remédier autant que possible à l'oblitération des condu...
...les tendent à produire.

ARTICLE III.

MOLLUSCUM, FRAMBOESIA, BOUTON D'ALEP, KÉLOÏDE.

...es diverses altérations ne méritent guère qu'une simple indication et n'...
...une importance très secondaire.

...es affections n'ont pas sans doute tous les caractères des tubercules tels qu'...
...a donnés plus haut, mais il importe d'éviter les divisions trop nombreuses, ...
...t pourquoi on les a décrites dans ce chapitre.

1° MOLLUSCUM.

Bateman s'est servi de ce mot pour désigner une maladie de la peau cara...
...risée par des *tubercules* répandus sur divers points du système cutané. Son a...
...gie avec les proéminences nuciformes qui se développent sur l'écorce de l'éra...
...i ont fait donner cette dénomination.

Le *molluscum*, qui paraît être *l'éruption fongoïde de Bontius*, le *mycosis fu...*
...oïdes d'Alibert, est une affection rare, dont les causes nous sont totalement i...
...nnues ; elle consiste en des tubercules nombreux, à peine sensibles, lents à ...
...évelopper, du volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, affectant u...
...orme tantôt globuleuse, tantôt aplatie. Le plus souvent ils conservent la coul...
...e la peau ; quelquefois ils sont brunâtres. Ainsi développés, ils restent statio...
...aires et persistent indéfiniment sans altération de la santé générale.

Biett (1) en a observé une forme particulière, principalement chez les jeu...
femmes à la suite des couches. Les tumeurs étaient petites, aplaties, fendillées ...
sommet, brunâtres, indolentes et répandues sur tout le cou. Bateman avait adr...
un *molluscum contagiosum*, mais ce point a besoin d'être éclairé par de nouvea...
faits.

Le *traitement* du *molluscum* n'est guère mieux connu que son histoire, Biett
vu la première forme résister à une foule de moyens. Dans celles qu'il a décrit...
il a employé avec succès les lotions répétées avec une forte dissolution de *sulf...*
de fer. La *liqueur de Fowler* a procuré une amélioration notable dans le cas ...
molluscum contagiosum de Bateman.

(2) *Dict. de méd.*, t. XX, art. MOLLUSCUM.

2° FRAMBŒSIA.

Cette maladie, qui est connue en Amérique sous le nom de *pian* ou *épian*, et que dans la Guinée on appelle *yaws*, a été décrite par Bateman sous le nom de *frambœsia*. C'est une affection extrêmement rare en Europe, commune en Afrique et aux Indes occidentales, et qui se développe particulièrement chez les nègres, surtout chez les enfants. Ses causes nous sont peu connues; elle paraît être contagieuse et, suivant les auteurs, elle se communiquerait par le contact de la matière qui s'écoule des tubercules ulcérés. Le frambœsia peut aussi se développer spontanément.

Le frambœsia se manifeste par de petites taches d'un rouge obscur, ordinairement groupées, se recouvrant bientôt de petites éminences qui deviennent de plus en plus saillantes et offrent l'aspect d'une surface hérissée de végétations exactement isolées par leur sommet et réunies par leur base. Ces végétations sont d'un rouge blafard et indolentes; bornées à une petite surface, elles ressemblent par leur aspect à des *framboises* ou à des mûres. Les parties voisines de l'éruption sont dures, comme calleuses; les tubercules eux-mêmes se recouvrent habituellement de squames minces, sèches et adhérentes.

Dans quelques cas, les végétations s'ulcèrent à leur sommet et laissent écouler un liquide ichoreux qui baigne les parties voisines. Parfois un tubercule plus volumineux que tous les autres se change en une vaste ulcération dont le liquide sanieux corrode les tissus ambiants. Ce tubercule a reçu aux colonies le nom de *mamapian*, ou *mère du pian*.

Le frambœsia, qui peut avoir une durée indéfinie sans compromettre la santé, n'est pas immédiatement dangereux; quelquefois sa guérison s'opère par une résolution insensible des tubercules. Parfois les progrès de l'ulcération ont amené une terminaison fatale.

Le *traitement* du frambœsia se réduit à quelques applications *caustiques* pour détruire les tubercules dont la résolution ne saurait être obtenue autrement. La *pâte arsenicale du frère Côme* et le *nitrate acide de mercure* sont recommandés par MM. Cazenave et Schedel. Biett a réussi une fois avec le *cautère actuel*.

3° BOUTON D'ALEP.

Ce nom a été donné à une affection tuberculeuse qu'on ne rencontre qu'en plusieurs villes de l'Orient, et notamment à Alep, où elle est endémique.

Le *bouton d'Alep*, qu'on dit *bouton mâle* quand il est seul, et *bouton femelle* quand autour des tubercules principaux on en voit d'autres plus petits, attaque principalement le visage. Il se développe par une petite saillie lenticulaire qui s'accroît circulairement pendant quatre ou cinq mois. A cette époque commence la *période de suppuration*, annoncée souvent par des douleurs très vives; puis vient la *période d'ulcération*, dont la durée n'est pas moins longue et qui se termine par la chute définitive de la croûte qui laisse une cicatrice déprimée indélébile.

Le *bouton d'Alep* n'est pas une affection grave. Ses causes sont très obscures, et son *traitement*, qui, pour M. Guilhou, doit se borner à des soins *hygiéniques*,

e nous est pas moins connu. M. Salina assure avoir toujours réussi à diminuer la urée et l'étendue de l'éruption en *cautérisant avec le fer rouge* avant la période e suppuration.

4° KÉLOÏDE (1).

Alibert a donné le premier ce nom à une maladie assez rare, qui consiste en une ımeur irrégulière, ordinairement ovale, résistante au toucher, aplatie, saillante e quelques lignes, pouvant rester indéfiniment stationnaire, et ne disparaissant n totalité ou en partie que pour laisser après elle une cicatrice.

La kéloïde est le plus ordinairement seule, et occupe la partie antérieure et noyenne de la poitrine. Biett en a vu plusieurs se fixer au cou et sur les côtés du horax chez une jeune personne.

La forme de la kéloïde varie : elle peut être ovale, cylindrique, allongée, anguleuse; elle est luisante et recouverte d'un épiderme aminci et légèrement ridé, ce qui, comme le fait observer M. Cazenave, lui donne l'aspect d'une cicatrice de brûlure au troisième degré. Rarement elle est le siége de quelque douleur. Elle n'a ucune influence sur la santé.

Elle est plus fréquente dans l'âge adulte et chez les femmes. Sa durée, qui peut tre longue, est quelquefois indéfinie. Jusqu'à présent la thérapeutique est restée mpuissante pour la guérir; on conseille néanmoins les *frictions iodurées* et les *ouches de vapeur*.

CHAPITRE VIII.

AFFECTIONS HÉMORRHAGIQUES.

Dans des circonstances variées, la peau peut être le siége d'un flux hémorragique, d'où résultent tantôt un suintement auquel on a donné le nom de *sueur* *sang* (2), tantôt de simples *pétéchies*, comme on en voit dans la peste et le tyıus; tantôt des *ecchymoses* comme dans le scorbut; tantôt enfin des taches d'un urpre plus ou moins foncé, qui constituent le *purpura*, affection qui, comme aucoup d'autres que l'usage nous fait ranger parmi les maladies de la peau, est in d'être locale.

La sueur de sang est, en effet, un simple symptôme fort rare d'autres affections.

Les pétéchies et les ecchymoses sont beaucoup plus fréquentes, mais elles sont ssi purement symptomatiques et ne constituent même qu'un signe diagnostique une valeur assez limitée. Le purpura seul est une manifestation extérieure d'une fection bien déterminée.

Pour la description du purpura, on a suivi plusieurs divisions différentes. Willan beaucoup trop multiplié les espèces; il en est quelques-unes qui ne peuvent être

(1) Voy. l'Honneur, thèse. Paris, 1857.
(2) Parrot, *Étude sur la sueur de sang*, 1859.

[redacted]

admises : telles sont le *purpura senilis* et le *purpura contagiosa.* M. Rayer r connaît un *purpura fébrile*, et un *purpura non fébrile :* cette distinction n'est p sans importance, mais on peut, avec M. Cazenave, en établir une autre fond sur de meilleurs caractères. Les choses se passant différemment suivant qu'avec l taches pourprées il y a ou non hémorrhagie par une ou plusieurs muqueuse il en résulte deux espèces distinctes, qui sont le *purpura simplex* et le *purpu hœmorrhagica.*

ARTICLE Ier.

PURPURA SIMPLEX.

Dans les descriptions de purpura qui nous ont été données avant qu'une bon classification des maladies de la peau fût venue nous permettre d'établir un di gnostic précis, il y a nécessairement beaucoup de confusion, et cette confusi Willan et Bateman ne l'ont pas complétement évitée, puisqu'ils nous ont don comme des purpura les pétéchies variées qui se montrent dans certaines maladi fébriles. Aujourd'hui cette confusion ne saurait plus exister.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

« Le *purpura simplex*, dit M. Cazenave, est caractérisé par l'apparition à l peau de plaques d'un rouge variable, peu étendues, ne disparaissant pas sous l pression du doigt, ayant pour caractère principal de n'être pas accompagnées d'hé morrhagie. » Quelques auteurs ont ajouté à ces caractères celui d'être non fébrile mais c'est là une manière de voir erronée. Il est certain, en effet, que, dans u bon nombre de cas, il n'existe aucun symptôme de fièvre, mais il est assez fréque de voir la maladie débuter par des malaises, de l'horripilation, etc., phénomène évidemment fébriles, et, en outre, il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasi d'observer des cas de *purpura simplex* bien caractérisés et dans lesquels il y av une fièvre considérable.

Sans être une des maladies les plus fréquentes, le *purpura simplex* ne laisse p de se montrer assez souvent.

§ II. — Causes.

Les recherches sur les causes du purpura sont encore très insuffisantes. On observé principalement cette maladie chez les femmes et les enfants, chez les s jets d'une faible constitution, chez ceux qui sont soumis à de mauvaises conditio hygiéniques ; mais ces conditions ne sont pas indispensables, et non-seulement a vu le purpura se produire chez des individus qui n'offraient rien de semblab mais encore on a rapporté bien des cas dans lesquels il existait des conditions t opposées. On a cité de rares *épidémies* de purpura.

§ III. — Symptômes.

Le principal et presque l'unique symptôme du *purpura simplex* consiste d des éruptions successives de taches d'abord d'un rouge vif, puis offrant une tei

de, et enfin une couleur jaunâtre qui se dissipe comme celle des ecchymoses. ez quelques sujets, et principalement chez les vieillards, ces taches ont tout bord une couleur plus foncée; parfois même c'est une couleur brune presque noire, si que nous en avons vu récemment un exemple. Ces taches ont un caractère portant déjà signalé plus haut, c'est de *ne pas disparaître sous la pression;* en tre, elles augmentent lorsque le point sur lequel elles se trouvent est déclive et 'il y a une certaine stase du sang. Elles sont arrondies, d'un volume qui ne dé- se ordinairement pas celui d'une lentille, et qui est souvent au-dessous; elles nt plus ou moins rapprochées, mais ordinairement distinctes les unes des autres. ns leur intervalle la peau ne présente aucune altération.

Il faut ajouter, pour compléter cette description, que parfois il survient un *gon- ment considérable des parties affectées*, et principalement des membres infé- rs. Ce gonflement, borné à un point limité, est extrêmement douloureux, et, qu'on ne voie pas de changement de couleur à la peau, tout porte à penser 'il résulte d'un afflux du sang dans les tissus.

Il est rare, quoi qu'on en ait dit, que le purpura simplex se présente sans avoir précédé d'aucun symptôme. Presque toujours il y a un malaise plus ou moins sidérable, de la céphalalgie ou simplement une pesanteur de tête. On observe ore le brisement des membres, la faiblesse, la perte de l'appétit. Fréquemment symptômes, après avoir duré quelque temps, se dissipent, la maladie poursui- t son cours. Mais on voit des cas dans lequels le *mouvement fébrile* est beau- p plus intense et persiste pendant toute l'éruption, et en outre, comme l'affection ainsi que nous l'avons déjà dit, constituée par des éruptions successives, il n'est rare de voir chacune de ces éruptions précédée de ces *symptômes généraux*.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

arrive quelquefois que le purpura suit une *marche* franchement continue; plus ent ce sont des éruptions successives pendant lesquelles se manifestent un bre plus ou moins grand de taches. Il faut, par conséquent, considérer sé- ment la *durée* des éruptions et celle de la maladie en général. Les éruptions ent de sept ou huit jours à quatorze ou quinze. Quant à la maladie, lorsqu'elle onsiste qu'en une éruption ou en un petit nombre de taches, elle dure de dix uinze jours; dans le cas contraire, on la voit durer quatre ou cinq semaines, et ois elle devient *chronique* et résiste à tous les traitements. C'est surtout chez vieillards à constitution affaiblie que l'on observe cette marche chronique. La t n'est pas une *terminaison* qu'on puisse attribuer au purpura simplex.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

I. Rayer a cité un cas dans lequel l'*oblitération de la veine iliaque par des 'lots sanguins* a donné lieu à des taches semblables à celles du purpura; mais cas de ce genre sont exceptionnels, et les cordons noueux que forment les ra- ux veineux mettent sur la voie du diagnostic.

Ce n'est qu'un examen très peu attentif qui pourrait faire confondre le purpura c des *morsures de puce*, et, quant à la distinction des taches de cette affection

[redacted]

avec les *pétéchies des maladies graves* ou avec les *ecchymoses du scorbut*, le di-gnostic est trop facile pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter un seul instant.

Le *pronostic* du purpura simplex n'est pas grave ; seulement, ainsi que nous l'avons dit à propos de sa terminaison, lorsqu'il est chronique, il est très rebelle et il annonce une détérioration plus ou moins profonde de la constitution.

§ VI. — Traitement.

Le traitement du purpura simplex, affection très peu grave, n'a qu'une impor-tance très secondaire, et une simple indication suffit. Citons le passage suivant de l'article de M. Cazenave :

« Le traitement, dit-il, doit différer complétement selon l'état du malade et selon les circonstances qui ont présidé au développement de la maladie. Le *purpura simplex* peut se manifester, en effet, chez un individu vigoureux, sanguin ; il peut avoir été provoqué par un régime excitant, par des fatigues excessives, etc. Dans ce cas, il faudra avoir recours à des *émissions sanguines*, à l'emploi de quelques *bains frais*, de quelques *boissons rafraîchissantes ;* mais il faudra insister surtout sur le *repos* le plus complet qu'il sera possible.

» Le purpura a pu, au contraire, affecter un individu faible ou épuisé par l'in-fluence débilitante de mauvaises conditions hygiéniques, et il y aura alors indica-tion diamétralement opposée : on mettra le malade à l'usage de moyens *toniques*, *fortifiants ;* on lui fera prendre du *vin généreux*, quelques *tisanes amères*, quel-ques *ferrugineux*, etc. »

ARTICLE II.

PURPURA HÆMORRHAGICA.

Cette affection étant au fond la même que la précédente, dont elle ne diffère que par les hémorrhagies des muqueuses et par la gravité, on ne doit exposer dans cet article que les particularités qui la caractérisent.

§ I. — Définition, synonymie.

Le *purpura hæmorrhagica*, auquel Werlohf a donné le nom de *morbus macculo-sus hæmorrhagicus*, est une maladie caractérisée par des taches de la même nature que celles du purpura simplex, par des symptômes généraux plus graves, par des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Cette affection n'est heureusement pas fréquente, bien qu'on en ait rapporté un assez bon nombre d'exemples à cause de la gravité des cas.

§ II. — Causes.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit des *causes* à propos du *purpura simplex*. On doit admettre seulement que ces causes ont eu une action plus énergique, plus prolongée, ou qu'elles ont exercé leur influence sur des sujets plus disposés aux hémorrhagies. En outre, on a cité des cas dans lesquels il existait une prédi-

ition telle, que la moindre cause occasionnelle déterminait une hémorrhagie erstitielle et une attaque de purpura hæmorrhagica.

§ III. — Symptômes.

Les *taches* de purpura hæmorrhagica sont plus larges que celles du purpura mplex; elles sont étendues, irrégulières, livides, et présentent l'aspect des ecchymoses récentes. Ces taches ont le même siége et les mêmes caractères que celles la purpura simplex, dont on observe aussi un nombre plus ou moins considérable milieu d'elles. Dans quelques cas rares, on a vu les taches purpurines couvertes l'une *bulle pleine de sang*.

Mais un caractère plus important encore, car il sert à distinguer cette forme de précédente, c'est la présence sur les diverses *muqueuses* de taches d'un rouge bscur semblables à celles qui se montrent à la peau. Ces taches sont autant de oints par lesquels s'effectuent des *hémorrhagies* souvent très abondantes et pars foudroyantes. Il est aussi des cas de purpura dans lesquels les hémorrhagies nt lieu jusque dans le parenchyme des organes. On a déjà cité des cas de ce genre parlant de diverses hémorrhagies constitutionnelles (1). C'est surtout alors que s hémorrhagies sont foudroyantes. Quelquefois ces hémorrhagies deviennent roniques; ainsi on voit chez certains individus quelques taches purpurines sur ne muqueuse, celle de la bouche, par exemple, donner lieu, pendant un temps rt long, à des hémorrhagies modérées qui, se reproduisant chaque jour ou des intervalles variés, mais rapprochés, finissent par détériorer complétement la onstitution.

Parmi les *symptômes généraux* qui appartiennent au purpura hæmorrhagica, il ut distinguer ceux qui accompagnent la maladie de ceux qui en sont le résultat. es premiers sont les mêmes que dans le *purpura simplex*, mais beaucoup plus tenses; au malaise général, à la courbature, se joignent souvent l'anxiété précordiale, des étourdissements, des lipothymies, etc. Le *mouvement fébrile* est lus constant et plus violent. On a observé quelquefois la *diarrhée* et des *coliques* lus ou moins intenses, mais bien plus souvent la *constipation*. Quant aux seconds, s ne sont autre chose que les symptômes de l'*anémie*, et il serait par conséquent utile de les décrire ici (2).

M. le docteur Parkes (3) a donné l'analyse du sang veineux dans deux cas de urpura hæmorrhagica. Dans le premier, il y avait abaissement général dans la roportion des matériaux solides du sang, avec conservation de la proportion relative de chacun d'eux. Dans le second, la circonstance la plus remarquable était l'*augmentation de la fibrine*, et dans les deux il y avait *augmentation de la quantité normale du fer*.

Dans un cas cité par M. Hérard (4), on n'a trouvé nulle trace de fibrine, et il a été en outre impossible de séparer les globules du sérum; mais dans un cas sem-

(1) Voy. *Épistaxis* (tome II, p. 247), *Hématémèse* (tome III, p. 746), etc.
(2) Voy. article *Anémie* (tome Ier, p. 490).
(3) *London medical Gazette, 1848.*
(4) *Bulletin de l'Acad. impériale de méd.*, t. XVIII. Paris, 1852, p. 298.

[redacted]

blable quant aux symptômes, nous avons trouvé une quantité notable de fibrine, de sorte qu'il n'y a rien de fixe à cet égard.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est souvent rapide, mais on observe dans cette espèce les mêmes éruptions indiquées dans la précédente, et nous avons déjà dit qu'elle pouvait se montrer sous une *forme chronique*. Il en résulte que la *durée* est très variable. Cela dépend surtout de l'abondance des hémorrhagies. Quant à la *terminaison*, elle est assez fréquemment funeste, et c'est principalement aux hémorrhagies abondantes qu'il faut attribuer la mort. Lorsque ces hémorrhagies se font dans l'intérieur même des organes, et qu'elles occupent un grand nombre de points, la mort peut être presque instantanée.

§ V. — Lésions anatomiques.

Elles consistent uniquement dans les infiltrations sanguines qui se montrent dans la peau et dans le tissu des organes, et dans l'état exsangue de diverses parties du corps.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* ne demande pas de plus grands développements. Il est évident qu'il est le même que dans le cas précédent, et, de plus, l'existence des hémorrhagies vient le rendre plus facile. Lorsqu'on peut apercevoir le point de la muqueuse par lequel s'échappe le sang, et que ce point est occupé par des taches purpurines, le doute n'est pas permis.

Le *pronostic* est beaucoup plus grave que dans l'espèce précédente, et c'est surtout sur l'abondance des hémorrhagies que se mesure le danger.

§ VII. — Traitement.

Le passage suivant est emprunté à M. Cazenave. Le traitement y est très bien résumé, et le praticien n'a pas besoin de plus grands développements.

« On retrouve ici, dit M. Cazenave, mais dans des proportions bien différentes, ce que j'ai dit des indications tout à fait opposées sur le traitement du *purpura simplex*. Cette différence tient d'ailleurs aux mêmes causes. Ainsi on pourra employer les *saignées*, les *émollients*, mais ce ne sera que dans le plus petit nombre des cas, le plus souvent, et selon les cas, il faudra ordonner le *repos* complet, mettre le malade à l'usage des *acides végétaux*, des *boissons glacées*, lui faire prendre des *aliments froids*, ou bien employer le *quinquina* uni à l'*eau de Rabel*, la décoction de *ratanhia*, les *vins généreux*, les *amers*, etc. Il pourra être utile de vider les organes digestifs par l'emploi de quelques *purgatifs*, du *calomel* par exemple. »

Un journal anglais (1) rapporte l'observation d'une femme sur le point de succomber à cette affection, et chez laquelle l'*acide gallique* donné à la dose de 2 grammes, uni à 4 gouttes de laudanum toutes les demi-heures, fit cesser les *accidents*. « Des faits que nous avons observés récemment, ajoute ce journal, nous

(1) Voy. *The Lancet*, et Bulletin gén. de thérap., 15 mai 1851.

ortent à penser que l'*acide tannique* est un antihémorrhagique par excellence et ourrait remplacer l'acide gallique. »

M. le docteur Harty (1) a vu guérir avec rapidité le *purpura hæmorrhagica*, us l'influence des *purgatifs répétés*.

M. le docteur Moore Neligan (2) a rapporté quatre cas dans lesquels un *purpura æmorrhagica* très grave a été promptement guéri par l'*essence de térébenthine*; donne ce médicament à la dose de 25 à 40 grammes chez les adultes, et de 8 à 5 grammes chez les enfants. Quoique l'auteur pense que l'essence de térébenthine une propriété antihémorrhagique particulière, on est porté à croire qu'elle n'a gi que comme purgatif; car, d'une part, M. Moore Neligan a été habituellement onduit à assurer l'action purgative par l'addition de l'huile de ricin ; et, de l'autre, a rapidité de la guérison a été en raison directe de l'effet purgatif.

« Dans quelques circonstances, ajoute M. Cazenave, on pourrait avoir recours ux *émissions sanguines* générales et locales ; mais, dans tous les cas, il ne faudrait mployer ce moyen qu'avec une extrême attention. » M. le docteur Losetti (3) a pporté un cas de *purpura hæmorrhagica*, dans lequel les *saignées*, au nombre e six, ont produit une amélioration prompte et procuré une guérison rapide.

« On combattra les hémorrhagies qui accompagnent cette forme de *purpura* r des *lotions avec de l'eau glacée*, par des *injections styptiques*, et par le *tamnnement* au besoin. Dans ces cas, on a retiré souvent de bons effets de l'emploi *ablutions froides sur tout le corps*.

» Quant aux taches purpurines, on peut les attaquer localement par l'applicaon de *compresses imbibées de chlorure de chaux*, par des *décoctions astrinntes*.

» Ce qui importe surtout, c'est de placer le malade dans des *conditions hygiéques* favorables : ainsi on le mettra à même de respirer un air pur, d'habiter des ux sains ; on le soumettra à un *régime* alimentaire doux et fortifiant. Enfin, st surtout pendant la convalescence que l'on peut avoir recours à l'emploi de elques *toniques*, des *boissons ferrugineuses*, par exemple. On a eu plusieurs fois cours alors avec avantage aux *bains de mer*. »

[Une question importante s'agite en ce moment au sein des sociétés savantes, lle de l'emploi à l'intérieur du *perchlorure de fer* dans les hémorrhagies, et spélement dans le purpura. M. le docteur Pize (de Montélimart) a soumis à l'Acamie de médecine un mémoire relatif à l'emploi du perchlorure de fer dans le itement du *purpura hæmorrhagica*, et à son *action sédative* sur le cœur (4). Les conclusions de M. Pize, dit M. Devergie, rapporteur, sont les suivantes : Que le perchlorure de fer est l'agent par excellence de la guérison de cette malie, puisqu'il arrête les hémorrhagies dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit ures, et que, continué pendant quelques jours, il fait rapidement entrer le male en convalescence; 2° que, puisqu'il produit un ralentissement immédiat de circulation, puisqu'il fait descendre les battements du pouls en vingt-quatre ures de 110 à 80 pulsations, le perchlorure de fer exerce une action sédative

(1) *Edinburgh medical and surgical Journal*, t. IX.
(2) *Dublin Journal*, novembre 1845.
(3) *Annali universali di medicina*, mars 1848.
(4) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, t. XXV, p. 686 et suiv. — Gazette hebdomadaire, mai 1860, n° 21, page 348.

immédiate sur le cœur. Le rapporteur, n'ayant pu expérimenter sur des cas de *purpura hæmorrhagica*, juge et approuve par analogie le traitement en que car il a vu guérir avec rapidité le *purpura simplex* par le perchlorure de en en exceptant toutefois les cas à *éruption successive*.

Nous ne pouvons pas rapporter ici les diverses opinions déjà émises sur le canisme de son action, puisque quelques médecins ont déjà nié la valeur du cament et rapporté la guérison ou à la nature, ou aux autres agents employés.

Nous ajouterons seulement que M. Bouillaud croit que M. Pize s'est trop en attribuant la sédation du cœur au perchlorure de fer; que M. Piorry a ré pour lui-même la première application du perchlorure à la maladie en que que M. Trousseau a nié l'absorption des préparations ferrugineuses, etc.

Comme il est impossible de prévoir ce qui résultera d'une discussion e pendante, nous ne pouvons qu'engager les praticiens à employer le nouveau dicament; car, après tout, il ne saurait être nuisible.

M. Pize conseille de le donner à la dose de 25 à 30 gouttes dans un julep 100 grammes, en vingt-quatre heures. On pourrait formuler comme il suit:

℞ Julep simple....	100 à 120 gram.	Sirop simple............ 30 gram.
Perchlorure de fer.	25 à 30 gouttes.	

Mêlez. A prendre par cuillerées à bouche en vingt-quatre heures.

On évitera l'association de préparations contenant du tannin.]

ARTICLE III.

HÉMATIDROSE.

[En compulsant les observations publiées par les médecins de tous les tem et en particulier en passant en revue les réflexions, les faits et les conclusions blis par M. le docteur Parrot (1), nous arrivons à admettre presque nécessaire les idées de notre collègue.

Définition. — L'*hématidrose* est une maladie rarement héréditaire, pre toujours liée à des accidents hystéro-épileptiques, et caractérisée par l'écoulem sur une ou plusieurs régions du corps pourvues abondamment de glandes sud fères, d'une rosée sanguine passagère ou persistante, coïncidant ou alternant des hémorrhagies membraneuses ou parenchymateuses, accidentelles ou phy logiques, et ne laissant après l'hémorrhagie aucune trace de lésion anatom visible.

Synonymie. — Il faudrait bien se garder de confondre avec l'hématidrose mophilie. Cette erreur a été faite par des auteurs d'une grande valeur. L'h philie est héréditaire; l'hématidrose s'établit d'elle-même sans antécéden famille. Cette première maladie s'observe presque toujours dans le sexe masc la seconde, dans presque toutes les observations, se rencontre chez de j femmes pubères. L'hémophilie débute dès l'enfance, produit des hémorr intarissables à la faveur de plaies même très légères, des ecchymoses éno

(1) Parrot, *Étude sur la sueur de sang et les hémorrhagies névropathiques*, Paris, et *Gazette hebdomadaire*, janvier 1860.

ielles ou profondes. L'hématidrose fait couler le sang sur la peau en l'ab-
e tout contact.

ons anatomiques. — *Nature du liquide épanché.* — Dans un cas observé
roscope par M. Parrot et dans un autre signalé par M. Magnus Huss, le
a toujours présenté les caractères physiques du sang, soit pendant qu'il
sur la peau, soit sur les linges tachés par la sueur de sang. L'examen mi-
ique, fait à diverses reprises, a révélé la présence d'un grand nombre d'hé-
parfaitement régulières, de quelques rares globules blancs et de fragments
rme au milieu d'un liquide incolore, transparent. C'est donc bien du sang
n voit s'écouler sur la peau des malades, et non, comme on l'a dit, un li-
lus ou moins aqueux, teint en rouge par la matière colorante du sang.

ture de la maladie est établie par ces considérations. L'hématidrose est une
hagie; la présence des hématies dans le liquide épanché ne laisse aucun
cet égard. Par suite, on peut dire qu'il y a dans l'hématidrose une *rupture*
ire; cette conclusion résulte du fait même de l'idée, l'hémorrhagie.

omie physiologique. — Par quelle voie le sang arrive-t-il à la surface des
nts? Tous les auteurs sont unanimes pour dire que, dans l'hématidrose, la
fre une intégrité parfaite, soit avant, soit après la sortie du sang, d'où la
d'invoquer les ouvertures naturelles.

endrin affirme que le sang s'échappe par les *glandes sudoripares*, par
hes de la sueur; c'est également l'opinion de M. Parrot. En effet, l'hé-
se se montre sur des régions où les glandes sudoripares sont très abon-
paume des mains, doigts, plante des pieds, orteils. Dans ces régions, les
s sébacés manquent absolument aussi bien que les bulbes pileux.

norrhagie ne saurait donc reconnaître pour point de départ la rupture des
x capillaires qui alimentent les follicules pileux et les glandes sébacées. Ces
rniers appareils sont d'ailleurs oblitérés par leurs produits pileux et grais-
plus elles sont infiniment moins vasculaires que les glandes sudoripares.
oscope n'a jamais montré de matières grasses mêlées au sang épanché. Si
nclusion est trop exclusive, on peut au moins affirmer que l'hémorrhagie
iége un organe sécréteur; c'est là le fait principal.

nisme de l'hématidrose. — On ne croit plus aujourd'hui à ce mécanisme
r une dilatation exagérée d'orifices ou de canaux que l'on supposait com-
er avec des vaisseaux sanguins; il est démontré qu'entre les voies glandu-
le globule sanguin, il y a une paroi sans porosités dilatables, et que cette
saurait être franchie à moins d'une rupture préalable. Dans l'hématidrose,
rure n'est pas apparente; mais on peut affirmer qu'elle existe, et considérer
très probable qu'elle se fait dans le réseau capillaire situé immédiatement
us de l'épithélium de la glande.

re intime de l'hématidrose. — Les auteurs anciens admettaient l'augmen-
le la fluidité du sang, d'où sa facilité à quitter ses voies naturelles pour
ans les exhalants de la peau. M. Gendrin reconnaît à l'hématidrose les
causes qu'aux autres maladies; il trouve que les faits accusent l'existence
léthore générale ou locale. Pour M. Parrot, les idées de congestion et de
sont invraisemblables. La chloro-anémie, au contraire, a coïncidé bien
vent avec l'hématidrose.

Enfin il existe une analogie frappante entre l'hématidrose et les troubles nerveux de toute sorte auxquels elle est souvent associée (attaques d'hystérie et d'épilepsie, douleurs névralgiques); elle semble n'en constituer qu'une dépendance. Tous ces phénomènes pathologiques réunis sur un même sujet ont un lien commun, une signification analogue. L'identité de cause se révèle d'elle-même et autorise à proclamer la *nature essentiellement nerveuse de l'hématidrose* (Parrot). C'est pour M. Parrot l'un des modes de manifestation de l'état névropathique; c'est un phénomène de même valeur que la convulsion, par exemple. On serait tenté de dire qu'on a de la sueur de sang comme on a une attaque de nerfs, et de ranger l'hématidrose à côté de l'épilepsie, de la chorée et de la passion hystérique.

Début. — Il est en général brusque; la malade est agitée, irritable, abattue au physique et au moral; elle se plaint de douleurs vives, à formes rhumatismales, tantôt sur le front, les oreilles, les paupières, la vulve, la poitrine, l'épigastre, les doigts, etc., tantôt dans la profondeur des viscères. En même temps, douleurs lombaires, troubles de la sensibilité, analogues à l'*aura* de l'épilepsie, terminés enfin par des convulsions hystériques ou épileptiques des plus violentes. Enfin, quand ces phénomènes sont à leur maximum, et comme pour les calmer, la sueur de sang apparaît.

Symptômes. — Le premier accès surprend la malade; elle passe comme par hasard les mains ou son mouchoir sur le visage ou sur les régions douloureuses, et les retire teintes de sang. La *quantité* du liquide n'est jamais considérable et ne saurait plonger les malades dans la prostration consécutive aux autres hémorrhagies. Cet abattement semble plutôt le résultat d'un épuisement nerveux amené par les attaques hystériques simultanées. L'hématidrose s'arrête *en général d'elle-même* et cesse pour un temps variable comme le retour des conditions étiologiques. D'un accès à l'autre et dans un même accès, le siége varie; le front, les paupières inférieures, les ailes du nez, les lèvres, le menton, etc., et toutes les régions douloureuses affectées pendant les prodromes peuvent être le point de départ successif de la sueur sanguine. Quand la sueur a cessé, le point malade n'offre aucune rougeur, aucune ecchymose, quelquefois la chaleur locale est seulement augmentée; en même temps un léger mouvement de fièvre se manifeste. Le sang s'échappe sous *forme* de gouttes qui coulent, de perles qui sèchent en naissant: d'autres fois le visage est couvert de sang, et les assistants croient voir une *personne assassinée.*

Les *symptômes généraux* ne sont jamais les mêmes d'un accès à l'autre : l'hématidrose, mêlée à des phénomènes de névralgie ou d'ataxie extrême, éclate en général au milieu du plus grand désordre des fonctions. Une émotion vive intervient, l'époque menstruelle étant peu éloignée; tout à coup douleurs multiples, convulsions, spasmes glottiques, dyspnée, étouffement, vomissements bilieux, puis tout à coup un masque sanglant couvre le visage et tous les symptômes s'amendent.

Hémorrhagies simultanées.—Dans le plus grand nombre des cas, on a observé que l'hématidrose était précédée, accompagnée, suivie d'hémorrhagies diverses précédées de leurs prodromes ordinaires, des phénomènes névropathique, névralgique et de dysménorrhée, qui forment le cortége habituel de la sueur de sang. Ainsi, dans un cas, la sueur de sang coule ses dernières gouttes, et une hématémèse considérable éclate; ailleurs c'est l'épistaxis ou l'hémoptysie; l'hématurie, des

...s de sang nés des pores ou des follicules des cils pour quelques-uns, et pou...
...res, des glandes lacrymales ; des ecchymoses, ou mieux des taches d'un jaun...
... affectant quelquefois la forme hémiplégique, ces taches envahissant quelqu...
... les muqueuses ; des hémorrhagies mammaires alternant avec la suppressio...
... règles.

Toutes ces hémorrhagies sont si nettement encadrées dans des phénomènes ne...
... dont elles sont comme un symptôme, que M. Parrot n'hésite pas à les mett...
... la même classe que l'hématidrose, et à en faire des *hémorrhagies névropath...*
...es. La source précise de ces hémorrhagies semble le plus souvent la même q...
...r la peau, quand la source de l'hémorrhagie comporte des glandes et des co...
... excréteurs. A ce compte, exclusion de l'idée d'exhalation, de suintemen...
...ptée par les anciens, et assimilation du flux utérin à une hématidrose.

Phénomènes nerveux concomitants. — Outre les convulsions hystériques
...leptiques, il nous faut signaler la *douleur*, qui souvent adopte avec l'hémat...
...e un foyer commun. Souvent aussi ces deux symptômes siégent sur des pa...
... éloignées l'une de l'autre. Tout en restant simultanées, elles ne sont plus s...
...posées. Les douleurs ovariques, par exemple, accompagnent l'hématidrose ...
...ge. Ces douleurs ont le caractère névralgique, soudaineté, cuisson, brûlur...
... local, irradiations, degrés d'intensité très variables ; tantôt c'est un simp...
...rit incommode ; tantôt une simple barbe de plume passée sur la peau arrac...
... cris ; ici battements douloureux à la peau, dans les points d'où le sa...
... s'échapper. Après le paroxysme de douleur et d'hématidrose, le calme su...
...ent.

L'engourdissement et même la paralysie se rencontrent encore quelquef...
... les parties où se manifeste la sueur de sang, ou bien ce sont d'autres troubl...
...oriaux, bourdonnements d'oreille, obscurcissement de la vue, délire, syncope...
...mes et contractures.

La *marche* de l'hématidrose se lie intimement à la cause adoptée et démontr...
...-dessus. Comme phénomène névropathique elle est irrégulière, survient p...
...cès de durée inégale, et passe d'une région à l'autre en affectant quelquefois
...me intermittente.

Durée. — Le plus souvent elle varie beaucoup, quelques secondes, quelqu...
...eures, quelques jours avec une série d'exacerbation.

Terminaison spontanée.

Causes. — Très rare dans la première *enfance*, le cas le plus prématuré s'e...
manifesté à six ans. L'hématidrose paraît surtout coïncider avec les troubles de
menstruation : des fatigues prolongées, amenant ou exagérant la chloro-anémie, ...
tempérament nerveux, une nature impressionnable, un caractère irascible, et pa...
dessus tout le sexe féminin, *y prédisposent* singulièrement.

L'action des *causes déterminantes* est plus nette : la frayeur, la colère, la craint...
un violent chagrin, une simple contrariété, la joie, les grandes jouissances, en ...
mot toutes les perturbations morales, tiennent le premier rang.

Le froid et le chaud se succédant rapidement, un exercice corporel exagéré, d...
terminent quelquefois les accès. Enfin il faudrait insister tout spécialement s...
l'influence des hémorrhagies, et principalement du flux menstruel. Ce dernier s'...
trouvé si souvent troublé avant les accès de l'hématidrose, qu'il est bien naturel

[redacted]

se demander si elle n'est pas, comme les symptômes névropathiques, sous la dépendance de l'aménorrhée.

Diagnostic. — Nous avons déjà montré qu'il n'y a rien de *synonyme* entre l'hémophilie et l'hématidrose, le diagnostic de ces deux conditions hémorrhagiques se trouve donc assez nettement établi ci-dessus, à l'article *synonymie*. Il faut exclure de l'hématidrose toutes les hémorrhagies qui se font à la surface de la peau, à la suite de plaies anciennes ou récentes, ou à la surface des plaies qui bourgeonnent. Il en est de même de toutes ces hémorrhagies en nappes qu'il est permis de rattacher à une altération du sang, comme dans le scorbut ou dans les intoxications aigües ou chroniques.

Pronostic. — L'hématidrose est plus effrayante par elle-même qu'elle n'est grave. Si la vie de la malade est compromise, ce n'est jamais par l'abondance invincible de l'hémorrhagie, puisqu'en général elle dure peu, que la perte est plus fictive que réelle ; mais elle peut l'être par un accident étranger, car il ne faut pas perdre de vue qu'elle n'est, après tout, qu'un symptôme, qu'elle ne se manifeste presque jamais en toute indépendance, et qu'elle constitue très rarement un acte à elle seule, au milieu des phénomènes morbides auxquels elle prend part.

Traitement. — Les observations autoriseraient à dire qu'il n'y en a aucun; cependant les indications abondent, et l'hygiène ou la prophylaxie a son rôle important. On évitera toutes les causes signalées plus haut en ce qu'elles peuvent troubler la menstruation, éveiller les troubles nerveux et altérer la constitution.

La vie physique, les antispasmodiques, les narcotiques, les amers, le fer, les bains, l'hydrothérapie, les astringents administrés à froid à l'intérieur et localement, semblent devoir être surtout conseillés.

On ne perdra pas de vue qu'il serait inutile et qu'il pourrait être dangereux de s'adresser pendant l'accès à la sueur de sang par des moyens répercussifs : *inutile*, car la mobilité est le cachet principal de la maladie ; *dangereux*, parce que les observations attestent que l'hémorrhagie cutanée peut être suivie d'hémorrhagies muqueuses et peut-être parenchymateuses.]

CHAPITRE IX.

AFFECTIONS CUTANÉES DE DIVERSES NATURES.

(*Macules, éléphantiasis des Arabes, pellagre, acrodynie.*)

Nous réunirons dans un même chapitre plusieurs affections de nature fort différente, parce qu'agir autrement serait multiplier beaucoup trop les divisions. Quelques-unes de ces affections ont un intérêt réel. Nous mentionnerons en particulier la *pellagre*, que, jusqu'à ces derniers temps, on a pu regarder comme très rare *en France*, dont on n'admettait même pas l'existence à Paris, et qui, d'après les

[redacted]

recherches récentes, est au contraire fréquente dans quelques-unes de nos con trées (1), et se montre quelquefois dans la capitale. Toutefois on peut dire d'un manière générale que ces diverses affections n'ont qu'une importance secondair pour la grande majorité des praticiens.

ARTICLE Ier.

MACULES.

Sous ce titre, on ne comprendra, avec MM. Cazenave et Schedel, que les alté rations de couleur dépendant d'une altération du pigment de la peau, nous décri rons successivement les *colorations* et les *décolorations*.

1° COLORATIONS.

Parmi les colorations de la peau, les unes sont générales, les autres partielles la *teinte bronzée* constitue à elle seule la première espèce ; les colorations partielle sont le *lentigo*, les *éphélides* et les *nævi*.

a. Teinte bronzée. — Il est rare qu'elle survienne spontanément et sans caus connue ; dans la majorité des cas, elle est due à l'administration du *nitrate d'ar gent*, et alors la coloration est plus foncée. Elle se manifeste ordinairement asse longtemps après qu'on a commencé l'usage de ce médicament. La peau pren d'abord une teinte bleuâtre, puis légèrement bronzée, ce qui est surtout sensibl quand les parties sont exposées au soleil. Cette coloration, qui est générale, es plus intense aux endroits où la peau est plus fine et exposée à la lumière, comm à la face et aux mains. Peu à peu elle se fonce davantage, et devient presque noire Les conjonctives et la muqueuse des lèvres et d'une partie de la bouche ont un teinte livide. Au visage, sous l'influence des causes qui produisent la pâleur, l teinte paraît momentanément plus foncée; elle l'est moins quand l'individu affect rougit. Les poils sont exempts de la coloration anormale.

Cette teinte, qui ne s'accompagne d'aucun trouble, persiste le plus souvent d'un manière indéfinie, et résiste à tous les efforts de la thérapeutique. Biett avait vaine ment eu recours aux bains excitants, alcalins et ferrugineux.

[*b. Peau bronzée.* — Nous rappelons ici que l'on a nommé *peau bronzee* (*bro zed skin*) une coloration particulière qui accompagne une altération des capsul surrénales, et dont on doit la description au médecin anglais Addison. Nous avon consacré un article entier à ce sujet dans un autre volume de cet ouvrage (2); on con sultera aussi avec fruit la thèse intéressante de M. Second Fériol (3) sur c point.]

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. I, p. 440 ; t. II, p. 6 ; t. X, p. 788. — L. Marchan *Documents pour servir à l'étude de la pellagre des Landes*. Bordeaux, 1847, in-8° av planches. — Costallat, *Étiologie et prophylaxie de la pellagre* (*Annales d'hygiène publiqu* Paris, 1860, t. XIII). — Landouzy, *Du traitement curatif et préservatif de la pellagr* Paris, 1860.

(2) Voyez t. Ier, page 589.

(3) *Gazette médicale*, septembre 1856.

c. Lentigo. — C'est ce qu'on appelle vulgairement *taches de rousseur*, *éphélide lentiforme ;* c'est le *pannus lenticularis* d'Alibert. Le lentigo consiste dans de petites macules ordinairement d'un jaune fauve, ne dépassant jamais la largeur d'une lentille, le plus souvent plus petites. On les rencontre aux mains, au cou, surtout à la face, chez les individus jeunes, blonds, à peau blanche, fine, chez ceux qui s'exposent aux rayons du soleil. Il est plus commun dans les pays chauds et chez les individus d'un tempérament lymphatique. Il persiste le plus souvent d'une manière indéfinie, et ne réclame aucun traitement.

d. Éphélides. — On les a aussi nommées *taches, hépatiques, pannus hepaticus* (Alibert). Ce sont des taches irrégulières, beaucoup plus étendues que celles du lentigo, d'un jaune safrané, le plus souvent accompagnées de démangeaisons, et parfois donnant lieu à une exfoliation légère.

On les rencontre surtout chez les femmes, et en particulier chez celles qui sont blondes et ont la peau fine. Elles peuvent être déterminées par l'insolation et les écarts de régime, ou coïncider avec des troubles menstruels. Ce sont les éphélides qui constituent ce qu'on appelle le *masque* chez les femmes enceintes. Elles se montrent le plus souvent au cou, à la poitrine, aux membres.

Leur forme est irrégulière ; elles laissent entre elles des places où la peau a sa coloration normale ; quelquefois elles se réunissent pour constituer des plaques d'une étendue considérable. Elles ne sont pas proéminentes, et donnent lieu parfois à des démangeaisons incommodes. Souvent elles n'ont qu'une durée passagère ; parfois elles persistent longtemps.

Le traitement des éphélides, qui consiste en *lotions astringentes*, *liniments détersifs*, *applications résolutives*, est inutile, sinon nuisible. Il faut se borner à donner à l'intérieur l'eau sulfureuse d'Enghien ou de Cauterets, deux ou trois fois par semaine un bain sulfureux, parfois un laxatif léger ; elles cèdent ordinairement à l'emploi de ces moyens.

Le docteur Spengler (1) rapporte trois observations de cette affection qui fut guérie en huit jours par la *teinture d'ellébore* blanc employée en *frictions*.

e. Nævi. — Ce sont toutes ces taches congénitales attribuées vulgairement aux impressions éprouvées par la mère et transmises au fœtus. On les a désignées sous les noms de *spili*, de *nævi* proprement dits, et de *signes*. Les causes nous en sont tout à fait inconnues.

Les *nævi*, qui ne sont qu'une altération du pigment (*spili*), ne déterminent ni douleur ni démangeaison ; ils ont une foule de formes et de nuances ; ils varient singulièrement en étendue. Le plus souvent ils se montrent à la face ; parfois ils sont recouverts de poils durs et courts. Ils ne réclament aucun traitement.

Certains *nævi* sont sous la dépendance du système vasculaire ; plusieurs se rapportent à ce que Dupuytren appelait *tumeurs érectiles*, et sont du domaine de la chirurgie ; les autres constituent des taches rouges ou violettes (*taches de vin*). Ni les unes ni les autres ne méritent que nous nous y arrêtions. Nous nous contenterons de citer un procédé fort ingénieux, que le docteur Fayolle (de Guéret) a imaginé pour les détruire :

(1) *Neue medicinische chirurgische Zeitung*, et Journal des connaissances médic.-chir., décembre 1852.

L'appareil instrumental, dit M. Fayolle, se compose d'épingles d'acier bien s, de différentes longueurs et de grosseurs diverses, de fils à ligature cirés et en triple, enfin d'un sécateur pour couper les épingles. »

procède à l'opération en trois temps qu'il décrit dans les termes suis :

Premier temps. — L'épaisseur du *nævus* étant reconnue, une première épingle erse la peau à une ligne et demie au delà de la tache ; elle porte, par conséquent, les tissus sains. Je la fais suivre d'une seconde, qui est tangente à la circonfée de la tumeur. Une troisième épingle, parallèle aux deux précédentes, et à ligne et demie de la seconde, est enfoncée à une certaine distance (une ligne emie également) du bord de la tache : elle doit passer au-dessous de l'épaisseur umée de la tumeur, et ressortir de l'autre côté de celle-ci, en traversant égalet les tissus sains. On place ainsi successivement plusieurs épingles parallèles et rées par des intervalles égaux ; elles doivent, par leur réunion, se trouver es comprises dans un même plan sous-jacent à la face profonde de la production dentelle.

Deuxième temps. — Une anse de fil est passée sous les extrémités de la prere épingle ; les deux chefs en sont ramenés en dedans, se croisent et passent uite sous les deux bouts saillants de la seconde épingle, de là à la troisième et à quatrième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière. Alors on recommence en sens erse, jusqu'à ce que toute la surface comprise entre les points d'immergence et mergence des épingles soit couverte par les fils : c'est une véritable suture enevêtrée. Les fils sont serrés lentement et progressivement, de telle sorte que la perficie de la tache, d'abord plane, se trouve convertie, par le rapprochement ses bords, en un bourrelet saillant, allongé, perpendiculaire à la direction des ingles.

» *Troisième temps.* — On noue la dernière anse de fil, et l'on coupe les extréités saillantes des épingles aussi près que possible du fil enroulé, à l'aide du séteur.

» On place ainsi une série d'épingles dans toute l'étendue de la maladie, si toufois ses dimensions n'excèdent pas 4 centimètres carrés ; si, au contraire, elle re une surface plus considérable, l'opération se fait en plusieurs séances, c'estdire autant de fois que la tache présente de fois 4 centimètres carrés.

» Aussitôt que les fils sont serrés, la coloration disparaît ; bientôt la tumeur s'afse. Si l'on retire les épingles au bout de quatre jours, il reste à la place qu'ocait le bourrelet une légère coloration blanc bleuâtre, et la peau paraît éraillée ; n les laisse six à sept jours, le reste de la tumeur se détache, et laisse à sa place cicatrice linéaire : c'est alors, dans les cas où le *nævus* est de grande dimension, on attaque la partie adjacente. »

. *Signes.* — Quant aux *signes* qui consistent dans de petites taches légèrement éminentes, dépassant rarement la largeur d'une lentille, et sur lesquelles on t souvent s'implanter un ou plusieurs poils, ils n'ont qu'un intérêt minime, et réclament aucun traitement.

[redacted]

2° DÉCOLORATIONS.

a. Albinisme. — Ce nom est réservé à la *décoloration générale et congénit* de la peau. Les individus qui en sont atteints forment, sous le nom d'*albinos*, u race à part, dont la description serait ici hors de propos.

b. Vitiligo. — Il consiste dans une *décoloration partielle* de la peau. Toujo *accidentel* chez les blancs, il se montre congénital chez les nègres, et donne à l peau un aspect particulier qui leur a fait donner le nom de *nègres pies.*

Le vitiligo, qui peut se développer sur tous les points du corps, se rencon chez l'homme, principalement aux bourses; il apparaît sous forme de taches d blanc laiteux, irrégulières, semblables parfois à des stries longitudinales. D'au fois ce sont des plaques d'étendue variable, et qui ne s'accompagnent ni de c leur ni de démangeaison. Cette affection, légère du reste, ne réclame aucun t tement. Le *vitiligo du cuir chevelu* n'est, pour M. Cazenave (1), que le por décalvant des auteurs.

ARTICLE II.

TEIGNES ACHROMATEUSES.

[*Définition.* — On donne le nom de *teigne achromateuse* à une affection si geant sur le cuir chevelu et sur la peau du visage couverte de barbe, caractéris par la formation de plaques rondes, privées de leurs poils, ordinairement remplacé par du duvet décoloré comme les plaques, par la disparition du pigmentum; l tout causé par la présence d'un champignon parasitaire, le *Microsporon Audouin*

Division. — Il existe deux variétés de teigne achromateuse : l'une avec dépres sion, l'autre sans dépression des places malades et dégarnies de poils.

Symptômes. — La première variété offre des plaques dégarnies de cheveux e *déprimées ;* on trouve çà et là sur le cuir chevelu des *enfoncements* ovalaires, se sibles à la vue et au toucher, ressemblant assez exactement à ceux que l'on pro duirait en appliquant la pulpe du doigt et en pressant un peu sur un membre œdé matié. Le cuir chevelu est plutôt, sur les plaques, d'un blanc cendré que d'un blan de lait, et assez souvent recouvert de petites squamules farineuses. Ces taches sont ovalaires, petites au début, puis elles s'étendent en se réunissant par leurs bords d'où résultent de larges surfaces dépouillées de cheveux, inégales, alternativement déprimées et saillantes, couvertes ou non de petites écailles furfuracées et commu nément accompagnées de démangeaison.

La *seconde variété* de la teigne achromateuse est constituée par des taches égale ment ovalaires, mais *sans enfoncements*, et d'un blanc de lait qui tranche plus encore que dans l'espèce précédente sur la peau saine du pourtour de la plaque

La cause de ces dépressions constantes au cuir chevelu, absentes à la barbe, n'est pas nettement établie. Cela peut tenir à ce que, dans le premier cas, les follicules pileux se vident de toutes leurs capsules, et que, dans le second, les capsules de

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850

[redacted]

poils follets restent dans le follicule et en soutiennent les parois. En effet, les plaques déprimées n'offrent à la loupe aucun poil follet.

Diagnostic. — L'*albinisme* frappe toutes les membranes, la membrane choroïdienne aussi bien que les cheveux, décolore le cuir chevelu, mais sans faire tomber les cheveux. — Le *vitiligo* est le plus souvent congénital, tout à fait circonscrit, et n'offre aucun progrès dans l'étendue de ses plaques ; une mèche de cheveux reste décolorée au milieu des autres, qui sont quelquefois très foncés ; mais les cheveux ne sont en rien altérés, ils ne se cassent pas, ne s'arrachent pas sans douleurs et n'offrent aucune sporule du *Microsporon.*

Le *favus en cercles*, s'il pouvait être confondu avec la teigne achromateuse déprimée, ne le serait qu'après la chute des croûtes, ou même seulement après guérison complète ; mais le malade fournit des renseignements trop caractéristiques pour permettre longtemps le doute.

La *teigne* tondante est saillante et non déprimée. Dans la *teigne décalvante*, le cuir chevelu ne subit ni enfoncement, ni décoloration ; les taches ne sont ni aussi régulières ni aussi bien limitées que dans la teigne achromateuse. Nous en dirons autant de l'*alopécie syphilitique.*

Causes. — La malpropreté, les habitations humides, et toutes les conditions de trouble dans l'hygiène des malades, et par suite d'altération de leur santé générale. De la faiblesse de la constitution résulte une prédisposition favorable au développement des affections parasitaires.

Nature. — M. Gruby, en attribuant le *porrigo de calvans* à la présence d'un champignon parasite, le *Microsporon Audouini*, a seul adopté une juste manière de voir : « Ce végétal parasite, dit M. Bazin, est bien différent de celui de l'*herpès tonsurant* : » il en diffère non-seulement par les spores, qui sont plus petites et plus adhérentes, par la disposition des filaments tuberculeux, mais encore et surtout par le siége. Ce champignon est tout en dehors du cheveu. Il ne pénètre pas dans son intérieur ; la partie centrale du cheveu a toujours paru intacte. Il est répandu non-seulement sur la tige, mais encore sur la capsule, et même sur le bouton qu'il sépare de la papille, d'où la chute du poil. »

Ces observations sont justifiées par l'examen des cheveux, qu'on n'a jamais trouvés rompus ; les poils follets qu'on voit sur les plaques sont des poils complets.

M. Bazin refuse donc d'admettre l'opinion de MM. Gruby et Ch. Robin, qui ont dit que le végétal siégeait exclusivement sur la partie aérienne du poil. M. Gruby a tort aussi d'admettre une rupture du poil ; suivant M. Bazin, ces altérations et ce mode de calvitie sont exclusivement propres à la teigne tonsurante.

Traitement. — Voici la vérité démontrée par les faits : la teigne achromateuse est avantageusement modifiée, quand elle n'est pas complétement détruite par l'épilation suivie d'applications parasiticides. Le traitement est le même pour toutes les teignes. Ainsi toujours : 1° épilation ; 2° application des agents parasiticides faite méthodiquement. Quand la teigne est invétérée, M. Bazin fait pratiquer trois et souvent quatre épilations. On veillera sur la propreté extrême des malades.

La solution de sublimé est composée comme il a déjà été dit (voy. *Herpès tonsurant*) :

℞ Sublimé	2 gram.	Dans eau distillée	500 gram.
Alcool	12 gram.		

[redacted]

Les lotions faites avec ce solutum doivent être employées généralement sur toutes les parties malades, pour atteindre les cheveux voisins des plaques demeurés sains en apparence. Puis, après l'épilation, on fait des applications du solutum à l'aide d'une brosse douce sur les orifices béants des follicules. Quelques jours après l'avulsion des poils, on emploiera, comme pendant toute la durée de la convalescence, la pommade bleue ainsi formulée :

Axonge .... 30 gram. | Acétate de cuivre...... 0,25 gram.]

ARTICLE III.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

Cette affection est peu commune dans nos climats, elle ne s'y montre guère qu'à l'état chronique, c'est-à-dire dans un état qui ne laisse aucune chance de guérison ; aussi est-ce aux auteurs qui ont observé dans les pays chauds qu'il faut principalement avoir recours pour en tracer l'histoire.

Les Arabes les premiers, et en particulier Rhazès, ont donné la description de cet éléphantiasis, et c'est pour cette raison qu'on l'a nommé *éléphantiasis des Arabes*. En Allemagne, elle a été décrite par Sennert et Hoffmann. Les médecins anglais, parmi lesquels il faut citer Rich. Towne (1), Hillary (2), Hendy (3), ont donné une histoire beaucoup plus complète de cette maladie, dont Larrey (4) nous a fait connaître quelques cas très intéressants, et qu'enfin M. Alard (5) a étudiée avec plus de soin qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

« Cette maladie consiste, dit M. Cazenave (6), dans une tuméfaction de la peau du tissu cellulaire et du tissu adipeux sous-jacent, plus ou moins considérable, dure, permanente, produite peu à peu par des inflammations successives du derme, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, accompagnée d'une déformation des parties qui en sont le siége, déformation quelquefois telle, qu'elle justifie très bien le nom qui lui a été donné. »

Cette affection a reçu les noms de *fièvre érysipélateuse*, *maladie glandulaire des Barbades*, *jambe des Barbades* ; *pédarthrocace* (Kæmpfer), *hernie charnue* (Prosper Alpin), *sarcocèle* (Larrey), *lèpre tuberculeuse éléphantine* (Alibert), etc. La plupart de ces dénominations ne se rapportent qu'à certaines espèces. Cet éléphantiasis est assez fréquent en Afrique et en Asie ; il l'est surtout dans l'île des Barbades, où plusieurs observateurs l'ont étudié avec soin.

(1) *A treatise of diseases most frequent in the West-India*, etc. London, 1826.
(2) *Observ. on the changes of the air in Barbadoes*, etc. London, 1757.
(3) *Treatment of the glandular disease of Barbadoes*. London, 1784.
(4) *Relation chir. de l'expéd. d'Égypte*. Paris, 1803.
(5) *De l'inflammation des vaisseaux absorbants, lymphatiques, dermoïdes et sous-cutanés*. Paris, 1824.
(6) *Dict. de méd.*, art. ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

§ II. — Causes.

Il est rare d'observer l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants. C'est à t
jusqu'à une certaine époque on a rapporté à cette maladie l'*induration des nouve*
nés. Il suffit de se rappeler la description de cette dernière affection (1), pou
convaincre qu'elle n'a rien de commun avec la première. On n'a pas remar
que l'éléphantiasis des Arabes attaquât un *sexe* plus que l'autre. On l'attrib
dit M. Cazenave, à l'impression des vents qui, dans ces climats brûlants, s'élèv
ordinairement avec le soleil, et font avec la température du jour un contraste
exerce une grande influence sur la santé des habitants de ces contrées. Il est r
en Europe.

Tels sont les renseignements peu nombreux que nous avons sur l'étiologie
cette grave affection.

§ III. — Siége.

Le *siége* de prédilection de la maladie est ordinairement dans les membres
inférieurs; le scrotum en est fréquemment atteint, et il en résulte une tuméfact
souvent énorme, à laquelle Larrey a donné le nom impropre de *sarcocèle*. On r
rencontre aussi les altérations qui constituent cet éléphantiasis, à la face, au cou,
pénis, aux bras; en un mot, aucune partie du corps n'en est complétement exem
Elle n'occupe ordinairement qu'un seul côté, mais on a cité des cas où il en é
autrement; on a vu, par exemple, les deux membres inférieurs être envahis,
à la fois, soit l'un après l'autre.

§ IV. — Symptômes.

Le résumé des symptômes de cette affection ayant été très bien présenté
M. Rayer, qui la range parmi les intumescences, on ne saurait mieux faire que
lui emprunter le passage suivant, sans y rien changer:

« Dans un assez grand nombre de cas, dit-il, cette intumescence des memb
inférieurs est annoncée, d'une manière aiguë, par une douleur plus ou moins v
dans l'aine et le jarret, suivant la direction de la saphène et des principaux tro
des vaisseaux lymphatiques, et par le développement d'une *raie rouge*, d'u
corde dure, noueuse, tendue, ressemblant à un chapelet de petites tumeurs so
cutanées, étendues du pli de l'aine jusqu'au genou ou à la malléole (Hendy),
bien de la malléole vers l'aine, ou bien encore par une attaque d'érysipèle. D
presque tous les cas, la peau prend une *teinte érythémateuse*, et le tissu cellul
sous-cutané devient le siége d'une tuméfaction considérable. Les articulations v
sines sont roides et contractées; souvent, dès le début, frissons prolongés,
très vive, malaise, anxiété, efforts violents pour vomir, vomissements, parfois
lière, puis chaleur intense, accompagnée de contractions plus fréquentes du cœ
et suivie de sueurs générales ou partielles, et de la cessation des symptômes fébril
Dans l'espace d'un ou de plusieurs mois, ces phénomènes reparaissent sous for

(1) Voy. article *Œdème des nouveau-nés*.

[redacted]

d'accès, à des intervalles plus ou moins éloignés, qui peuvent varier en nombre d 3 (Hendy) à 14 par an, ou se renouveler seulement au bout de sept ans (Hendy) Ces accès, dont le nombre et la durée ne peuvent être prévus ni calculés, sont suivis d'une *augmentation progressive du volume des membres*, qui d'abord paraît être due en grande partie au dépôt d'une certaine quantité de sérosité ou de lymphe plastique dans le tissu cellulaire. Plus tard, le membre devient dur et ne conserve plus l'impression du doigt. Les ganglions lymphatiques de l'aine et du jarret, souvent devenus plus volumineux, sont quelquefois sains et indolents. A cette seconde période, cette maladie existe sans trouble autre que celui qu'entraîne inévitablement la déformation du membre, qui peut acquérir des formes si bizarres et des dimensions si disproportionnées avec celles des autres parties, qu'il est impossible de s'en faire une idée sans en avoir vu quelques exemples, ou du moins sans avoir consulté les dessins qui en ont été publiés. En effet, tantôt la tumeur est pleine et unie comme un sac bien rempli ou comme une outre; tantôt elle est par étages, de sorte que chacun des accès paraît avoir fait sa tumeur particulière. Après les premières attaques, la peau est extraordinairement lisse et sans changement de couleur, des vaisseaux rampent quelquefois au-dessous d'elle, et lui donnent une teinte rembrunie; peu à peu elle acquiert de la rudesse, surtout dans le voisinage de l'articulation du pied; elle se couvre de mamelons, de petites veines, et l'épiderme devient plus épais, comme dans l'ichthyose. Enfin il se forme quelquefois des gerçures et des crevasses sur le membre, qui devient d'une difformité extraordinaire. Chez quelques malades, on a vu les articulations du genou être le siége d'inflammations chroniques très rebelles. »

Tels sont les phénomènes qui caractérisent ordinairement l'éléphantiasis des Arabes. Il en résulte que le plus souvent l'intumescence est la conséquence de l'inflammation aiguë, plus ou moins fréquemment répétée, des vaisseaux lymphatiques ou des veines des parties affectées. Cependant il est quelques cas où cette inflammation ne se manifeste pas d'une manière évidente; alors il y a eu préalablement des attaques réitérées d'*érysipèle*, d'*eczema rubrum*, de *lichen agrius*, ou bien on trouve un *ulcère* ancien et rebelle qui a été le point de départ de la maladie.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il résulte de la description précédente que d'abord la *marche* de la maladie est aiguë et irrégulièrement intermittente, et que plus tard elle prend un caractère essentiellement chronique. Aussi l'éléphantiasis des Arabes a-t-il toujours une *durée* considérable. Parfois on l'a vu se porter d'une région à l'autre, mais bien plus souvent il persiste dans les parties primitivement affectées, en même temps qu'il en attaque d'autres. La *terminaison* par la guérison a lieu, dans quelques cas, sous l'influence du traitement, lorsque la maladie a été attaquée à son début; on a vu même cette terminaison survenir spontanément; M. Rayer en cite un exemple très curieux d'après Hendy; mais ces cas sont exceptionnels, et presque toujours le mal continue à faire des progrès, ou reste stationnaire.

§ VI. — Lésions anatomiques.

s *lésions anatomiques* ont été étudiées avec un très grand soin par plusieurs ırs, et surtout par M. Rayer, qui nous a fourni sur ce point un grand nombre étails intéressants.

ous signalerons l'hypertrophie, souvent très considérable, du derme; l'élargisınt de ses papilles; l'augmentation de volume des follicules; l'induration, l'inıtion, l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané; le développement des seaux lymphatiques et surtout des ganglions lymphatiques; l'oblitération, l'obction des veines; celle des petites artères; l'hypertrophie des nerfs, qui est loin re constante; le ramollissement, l'amincissement, ou au contraire l'épaississeıt des muscles, qui peuvent avoir subi la dégénérescence graisseuse.

'ans un cas rapporté par M. Southam (1), le tissu cellulaire sous-cutané était tré d'une matière lardacée, dense et blanchâtre, mêlée à la graisse. Les prinıx troncs veineux étaient dilatés; leur membrane externe épaissie, et les mem:es interne et moyenne converties en une espèce de tissu fibreux; plusieurs 'eines du second et du troisième ordre étaient oblitérées. La maladie datait de t ans.

elles sont les lésions propres à l'éléphantiasis des Arabes; quant aux altérations 'iscères, que quelques auteurs ont signalées, il résulte des meilleures observa- qu'elles n'ont pas un rapport direct avec la maladie qui nous occupe.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

orsque l'éléphantiasis des Arabes a acquis un grand développement, lorsqu'il ssé à l'état chronique, le diagnostic ne présente pas de difficulté sérieuse. Inule le distinguer de l'*anasarque* ni de l'*éléphantiasis des Grecs*; il suffit d'un d'œil jeté sur la description précédente pour voir combien il en diffère.

u début, au contraire, le diagnostic est souvent très difficile, surtout lorsque ction se développe dans des climats où elle n'est pas habituelle. Nous avons vu, fet, que fréquemment l'éléphantiasis des Arabes commence par des inflamma- successives, occupant soit les vaisseaux lymphatiques, soit les veines, et don- lieu au gonflement des parties, à la rougeur de la peau, etc. Or ces signes communs à plusieurs affections. Comment reconnaître d'abord, s'il ne s'agit l'une *lymphangite* ou d'une *phlébite* ordinaire? Cela est très difficile. Les cirtances dans lesquelles se trouve le malade sont, en pareil cas, d'un grand se-s. Si ces attaques se multiplient, et si, après chacune d'elles, il reste une altén de la peau et des tissus sous-jacents, le diagnostic devient au contraire très La *phlegmasia alba dolens*, qui, comme nous l'avons vu, est le résultat de itération des veines, doit nécessairement se rapprocher, par quelques carac-, de l'éléphantiasis des Arabes; mais il suffit de considérer que tout d'abord edème douloureux acquiert une grande intensité et occupe une grande éten-

) *Observation d'éléphantiasis du membre inférieur droit datant de vingt ans* (Londo *2e série, 1847, t. XIII*).

[redacted]

due, pour s'assurer que la confusion n'est pas possible pour un observateur attentif.

Pronostic. — L'éléphantiasis des Arabes est ordinairement une affection très rebelle; elle est sérieuse à cause des infirmités qu'elle occasionne.

§ VIII. — Traitement.

Le *traitement* de cette affection ne demande pas de grands développements. M. Rayer l'a très bien résumé dans son ouvrage (1).

« Les symptômes inflammatoires observés dans la première période de l'éléphantiasis des Arabes doivent, dit M. Rayer, être combattus par les *applications émollientes*, les *bains tièdes* et les *émissions sanguines;* les craintes que l'on a suggérées contre l'emploi de la saignée ne sont pas fondées. Nous l'avons employée avec succès dans les accès, dont elle abrége la durée et l'intensité. Dans la période chronique, la saignée a été suivie d'un soulagement au moins momentané, lorsque les malades se plaignent d'un sentiment de tension douloureux dans les membres affectés. On a aussi obtenu d'heureux effets des saignées locales au pli de l'aine, au creux du jarret ou dans les aisselles, etc. La partie affectée, placée autant que possible dans une position qui facilite le retour du sang vers le cœur, doit être couverte de cataplasmes émollients, ou enveloppée de flanelles imbibées de *décoctions adoucissantes et narcotiques*. Si le gonflement s'est développé sur un des membres abdominaux, le malade doit *garder le lit pendant quelques semaines.*

» Les *émétiques* et les *purgatifs* ont été administrés à cette période avec des succès variés.

» On a beaucoup vanté les effets antispasmodiques de l'*oxyde de zinc sublimé*, à la dose de 8 grains (0,40 gram. par jour). Hendy assure que ce remède calme les vomissements et les anxiétés qu'éprouvent les malades lors des exacerbations périodiques de l'éléphantiasis. Plusieurs médecins de l'île Barbade, frappés de la fréquence des vomissements pendant les accès, ont cru nécessaire de les favoriser et même de les provoquer. Le docteur Hendy s'est élevé contre cette pratique.

» Chez les femmes, la grossesse est une circonstance très défavorable. Une jeune fille des environs du Havre, s'étant mariée contre notre avis, est devenue trois fois enceinte; à la suite de chaque grossesse, le membre abdominal droit, atteint d'éléphantiasis, s'est énormément tuméfié.

» On est parvenu à guérir un assez grand nombre de malades à l'aide de la *compression* seule ou combinée avec d'autres moyens. Cette méthode a complétement réussi à Bayle et à M. Alard, chez un de leurs malades atteints de l'éléphantiasis depuis douze ans...

» J'ai obtenu moi-même, par cette méthode, des guérisons inespérées. Elle est surtout applicable aux cas d'éléphantiasis des membres constitués par une hypertrophie du tissu cellulaire sans infiltration de sérosité...

» La compression seule suffit dans le plus grand nombre des cas; les *scarifications* me semblent aujourd'hui d'une application assez rare. Lorsqu'on croit devoir les pratiquer, elles doivent être faites à une assez grande distance les unes des

(1) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 827.

[redacted]

autres, afin que les cercles inflammatoires, qui peuvent se développer autour d'elles, ne se réunissent pas. Ordinairement l'inflammation, produite par vingt ou trente scarifications d'un demi-pouce à un pouce, pratiquées sur un membre, est peu considérable; si elle acquérait quelque intensité, il faudrait la combattre par les saignées locales et générales, et par les applications émollientes et narcotiques fraîches. Avant de faire de nouvelles scarifications, il faudrait attendre que les premières fussent cicatrisées.

» Plusieurs médecins ont recommandé l'application de *vésicatoires* et de *cautères* sur les parties affectées de l'éléphantiasis, espérant que l'issue d'une certaine quantité de sérosité contribuerait à diminuer le volume des organes malades. J'ai couvert de vésicatoires volants les membres atteints de cette affection, sans obtenir aucun avantage de ces tentatives.

» Les essais faits avec les *préparations arsenicales* ne doivent plus être répétés.

» Après leur guérison, les malades affectés d'éléphantiasis des membres abdominaux doivent s'assujettir à porter un *bas lacé* ou un *bandage compressif*, surtout lorsque plusieurs veines sont variqueuses. »

A ces moyens, il faut joindre l'emploi des *frictions résolutives* et des *douches de vapeur*, recommandées par M. Cazenave; ces moyens doivent être unis à la compression. Quant à l'*extrait d'aconit* donné à l'intérieur, il a été administré par Biett; mais, ainsi que le fait remarquer M. Cazenave, nous ne connaissons aucun fait qui prouve parfaitement son efficacité.

A peine est-il nécessaire de mentionner l'*amputation des parties affectées*. Cette opération ayant été pratiquée en désespoir de cause, on a vu le mal récidiver, et dès lors tout le monde a dû y renoncer.

ARTICLE IV.

PELLAGRE.

On a déjà dit quel intérêt nouveau la pellagre a pris pour nous dans ces dernières années. En Italie et en Espagne, on l'observait déjà depuis un siècle, que nous n'en avions encore aucune connaissance bien positive. On a vu, dans l'ouvrage de Ramazzini (1), une première indication de cette affection, sous le nom de *mal del padrone;* mais c'est en réalité à Gaspard Casal, médecin des Asturies, dont les recherches furent signalées au monde médical par Thiéry (2), qu'on doit rapporter l'honneur de l'avoir distinguée et fait nettement connaître. Plus tard, en Italie, Frapolli (3) en fit une étude particulière, et fixa sur elle l'attention des médecins. Aussi, dès ce moment commencèrent à paraître de nombreux écrits, parmi lesquels il faut mettre en première ligne ceux de Strambio (4). Malgré ces recherches, on peut dire que nous n'avions encore en France, sur la pellagre, que des données assez vagues, lorsque parurent les observations intéressantes de M. Brierre

(1) *Maladies des artisans*, trad. par Fourcroy. Paris, 1777.

(2) *Rec. périod. de méd. et de chir.* Paris, 1755, t. II, p. 339. — *Observ. de méd. faite en Espagne.* Paris, 1791, t. II, p. 109.

(3) *Animad. in morb. vulgo pellagr. med.*, 1771.

(4) *De pellagr. observ. med.*, 1790.

de Boismont (1), bientôt suivies de celles de M. Th. Roussel (2), qui, ayant découvert à l'hôpital Saint-Louis un cas de pellagre, en signala l'existence, et, dès ce moment, étudia la maladie avec ardeur. Dans les provinces méridionales de la France de nouveaux renseignements furent pris, et l'on sut que, depuis un assez grand nombre d'années, ce mal y était connu; enfin, M. Baillarger (3) nous a fait connaître ses recherches, et d'autres cas semblables à celui que M. Roussel avait observé d'abord furent reconnus et observés dans les hôpitaux de Paris.

[Depuis les dernières recherches sur l'étiologie et le traitement de la pellagre, cette maladie a fait de nombreuses victimes dans les pays où la culture du maïs est continuée, malgré des conditions climatériques défavorables à la maturité complète du grain. Dans le but de combattre ce fléau, de nombreux médecins ont entrepris des recherches thérapeutiques contre la pellagre, et démontré une fois de plus sa relation intime avec le verdet du maïs. Parmi ces médecins, M. le docteur Costallat a tenu le premier rang, et publié à ce sujet des recherches sur l'étiologie et la prophylaxie de la pellagre (4). Des travaux de ce médecin il résulte les faits suivants, qui pour l'avenir ont force de loi :

« Les médecins des Hautes-Pyrénées ont tort de ne pas attribuer la pellagre à l'usage du maïs.

» Il ne faut pas, avec ces praticiens, attribuer la prétendue guérison des symptômes et des affections qui résultent de la pellagre à l'usage des eaux sulfureuses.

» Il n'y a pas, il n'a jamais existé de pellagre sans maïs.

» La pellagre disparaîtra, quand toute la farine de maïs sera préparée par le procédé usité en Bourgogne.

» En dépit des prétentions formulées par un médecin aliéniste, il ne faut pas croire à ces prétendus cas de pellagre endémique dans les asiles d'aliénés. Jamais cette assimilation n'a montré plus évidemment la confusion entre des espèces morbides différentes.

» Enfin la pellagre est certainement un empoisonnement lent par le verdet. »

Ces conclusions des travaux de M. Costallat, soumises au comité consultatif d'hygiène publique, ont été complétement adoptées par M. le professeur Ambroise Tardieu (5), rapporteur de la commission nommée à cet effet.

M. le rapporteur insista notamment sur la nécessité de porter à la connaissance des populations malades, et spécialement des vallées de l'Adour, de l'Arros et de l'Echs (Hautes-Pyrénées), les procédés très simples employés pour le passage au four, suivant le procédé bourguignon.

Voici donc en quoi il consiste :

Dans les départements de l'est de la France, aussitôt la récolte de maïs rentrée, on donne aux animaux ce qu'il y a de plus mal venu, on met de côté les plus

(1) *De la pellagre et de la folie pellagreuse*. Paris, 1854.

(2) *De la pellagre*. Paris, 1845, in-8. — *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 929.

(3) *De la paralysie pellagreuse* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1848, t. XIII, p. 708).

(4) *Étiologie et prophylaxie de la pellagre*, Paris, 1860 (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, t. XIII, p. 5 et suiv.).

(5) *Rapport sur les communications de M. le docteur Costallat, relatives à la pellagre*, fait au comité consultatif d'hygiène, par M. le docteur A. Tardieu, 1860 (*Annales d'hygiène publique*, 2e série, t. XIII, p. 44 et suiv.).

aux épis pour les semailles, et l'on passe au four ce qui est destiné à la nourriture e l'homme; mais comme on opère sur de grandes quantités, on a de vastes fours hauffés comme pour la cuisson du gros pain. Une plus haute température n'est as nécessaire pour la conservation du maïs, et aurait l'inconvénient de charbonner s épis en contact avec la sole et de produire une farine trop brune.

Le four une fois chauffé, on le nettoie, on y jette les épis, que l'on étend avec n ringard de fer recourbé; on ferme le four aussitôt.

Une heure après on le débouche, et au moyen de la pelle de fer on a soin de muer le fond du four, de soulever les épis, de renverser ceux qui sont sur l'âtre. n remue les épis une seconde fois, et au bout de vingt-quatre heures la dessicca-n est complète, et le four se trouve rempli aux deux tiers. On réitère la même ération tant qu'il reste du maïs à passer au four.

Ainsi préparé, le maïs ne demande aucun soin, et peut rester plusieurs années ns des tonneaux défoncés sans éprouver la moindre avarie; tandis que si l'on glige de passer le maïs au four et qu'on adopte les procédés ordinaires et an-ns de conservation du maïs, on reconnaît bientôt leur insuffisance. Ils exigent e grande vigilance, des soins constants, de grands espaces couverts, et sont loin préserver du verdet la précieuse graminée dans des pays comme le nôtre.

A la vérité, en Bourgogne et en Franche-Comté, en appliquant le feu au maïs, avait moins pour objet d'assurer sa conservation que de lui donner une perfec-n qu'il n'a pas reçue de la nature. En effet, le maïs passé au four et celui qu'on sse dans son état naturel ne se ressemblent que pour la forme; l'odeur et le ût de l'un et de l'autre diffèrent en quelque sorte autant que celui du café ûlé et du café vert. Cette considération nouvelle, si inférieure qu'elle soit aux écédentes, milite encore, toutefois, en faveur de cette méthode.]

[*Pellagre sporadique.* — Dans un mémoire récent et encore incomplet, I. le professeur Landouzy (de Reims) (1), se fondant sur vingt-quatre faits épars ans les annales de la science et douze qui lui sont personnels, s'élève contre les nclusions de MM. Th. Roussel (2), Costallat (3) et Tardieu (4), sur l'origine tiologique de la pellagre.

Selon M. Landouzy, la pellagre pourrait exister à l'état sporadique, en dehors le l'alimentation par le maïs, et même indépendamment des conditions de misère et de mauvaise alimentation.

Cet auteur a recueilli plusieurs cas de *pellagre* qu'il nommerait volontiers *hampenoise*, s'il ne lui était pas démontré qu'elle est identique avec celle des pays à maïs. Il a même pris la peine d'aller étudier, dans les Landes, la pellagre qui y est ndémique, et il l'a trouvée absolument semblable à celle dont il avait vu à Reims es cas sporadiques, dans une population qui ne fait pas usage de maïs: « Même ythème spécial, dit-il; mêmes troubles digestifs, mêmes troubles nerveux, mêmes ccidents scorbutiques, même périodicité, même œdème, même peau bronzée; êmes guérisons, mêmes rechutes, mêmes résultats nécroscopiques. »

Nous regrettons de ne pas avoir la suite de ce travail, mais nous savons que

(1) *De la pellagre sporadique* (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1860).
(2) *De la pellagre, de son origine, de ses progrès*. Paris, 1845, in-8.
(3) *Annales d'hygiène*, loc. cit.
(4) *Ibid.*

M. Landouzy prépare un traité sur ce sujet (1), et nous engageons le lec
le consulter.

Il résulterait de cette publication, qu'il conviendrait de suspendre son jug
avant de proclamer l'unicité de la cause pellagreuse.]

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est difficile de donner une définition de la pellagre qui ne soit pas su contestation. On n'est pas, en effet, encore suffisamment d'accord sur l'impo des principaux traits de l'histoire de cette maladie, et l'on chercherait vain des expressions qui pussent satisfaire toutes les opinions. Si même on a placé lagre parmi les maladies de la peau, c'est plutôt pour suivre un usage depui temps consacré, que dans la croyance que la lésion cutanée est la principal cette maladie complexe. C'est ici la place où on la cherchera d'abord.

La pellagre ne peut être définie que par une courte description de ses sympt Je l'emprunte à l'ouvrage de MM. Cazenave et Schedel (2), dans lequel cet ladie a été décrite avec beaucoup de soin d'après des recherches multipliées centes : « On désigne sous le nom de *pellagre* une diathèse particulière de nomie, dont les caractères pathognomoniques sont des lésions fonctionnelles va tant des voies digestives que de l'axe cérébro-spinal, et la desquamation, co chocolat plus ou moins foncée, de l'épiderme des parties exposées aux rayon soleil du printemps, desquamation assez souvent précédée d'un érythème pl moins vif, mais toujours éphémère, et cessant dès que les parties sont soustr aux rayons solaires. Très variables sous le point de vue de leur intensité, les si caractéristiques de la pellagre ne le sont pas moins sous celui de leur appariti tantôt isolés et tantôt réunis, débutant par les voies digestives ou par le syst nerveux. »

La pellagre, très fréquente dans certains pays méridionaux, surtout dans Lombardie, est inconnue dans le reste du monde. Nous verrons plus tard que sont les explications qu'on a données de cette prédilection pour quelques contr

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il n'est aucun *âge* qui soit à l'abri de la pellagre ; on a même cité des cas lesquels la maladie se serait développée pendant la vie intra-utérine. Son *héré* est admise par tous les auteurs. On la rencontre dans certains pays, tels que la L bardie, les Asturies et quelques contrées méridionales de la France (3). Quel auteurs ont invoqué l'influence du *climat* et de la conformation du sol; M. Th. Roussel, rassemblant les faits, a fait voir que la maladie se développe dan conditions climatériques les plus opposées, et cette opinion ne peut par conséq être admise. On ne fera [illegible] mentionner les [illegible]*chements nombreux*, l'allo

(1) Landouzy, *Du trai*[illegible] *et pré*[illegible]*llagre, et de l'identité* *pellagre sporadique avec* [illegible]*ique.* [illegible]
(2) *Abrégé prat. des m*[illegible]
(3) Costallat, *Annales d'h*[illegible]

rolongé, les *chagrins*, etc., parce que ces circonstances, qui doivent nt se rencontrer dans les populations semblables à celles qui sont affec-ellagre, n'ont pas été convenablement étudiées, et que rien ne démontre ce. Telles sont les principales causes prédisposantes signalées par les us allons voir tout à l'heure jusqu'à quel point on doit admettre leur

2° Causes occasionnelles.

causes occasionnelles, il n'en est pas à qui on ait fait jouer un plus grand *insolation ;* cela tient à l'influence qu'ont les rayons solaires sur l'état principalement au printemps. Cette influence, étant des plus frappantes, 'abord attirer l'attention des médecins qui voyaient dans les symptômes phénomènes principaux de la maladie ; mais l'affection ayant été plus ent étudiée, on a bientôt vu que, outre l'état morbide de la peau, et on absence, il y a des symptômes graves qui font de cette affection tout qu'une simple maladie cutanée, et dès lors l'insolation a dû être re-ement comme la cause déterminante de certains phénomènes locaux, et celle de la maladie tout entière.

ore invoqué l'usage d'*aliments indigestes*, mal cuits, de mauvaise qua-ant une trop faible quantité d'azote ; en un mot, d'une *nourriture mal-uffisante.* Ces causes ont-elles réellement l'effet qu'on leur attribue ? e nous rechercherons tout à l'heure.

e autre opinion récemment émise, qui mérite de nous arrêter un in-octeur Balardini, dans un travail justement estimé sur la pellagre, a a cause unique de cette affection est l'*usage habituel du maïs*, surtout te graine est altérée par la présence d'un fongus parasite auquel ce mé-mé le nom de *Sporisorium maidis.* Je ne rapporterai pas ici les preuves s et parfaitement déduites, à l'aide desquelles M. L. Balardini a étayé son les ont été reproduites avec beaucoup d'habileté par M. Roussel, qui y recherches très intéressantes sur les progrès de la pellagre, comparés à culture du maïs, à la maturité plus ou moins grande de cette substance itrées où elle est employée presque exclusivement à la nourriture des et, par suite, à son plus ou moins grand degré d'altération. Or cet auteur à cette conclusion, que la pellagre est la conséquence ordinaire de l'in-de la culture en grand du maïs dans une contrée, et que ceux qui en s se nourrissent presque exclusivement de cette graine. M. le docteur) a cru pouvoir également rattacher à l'usage du maïs de mauvaise qua-oppement de la pellagre dans les Landes.

n a répondu que dans quelques cas, dont plusieurs ont été rapportés par es symptômes de la pellagre se sont montrés d'une manière évidente, s sujets n'eussent fait aucun usage immodéré du maïs, et dans les faits observés dans Paris même par M. Th. Roussel, on n'a pas pu constater 'existence de cette cause. Ainsi M. Devergie (2) a cité un

pellagre dans l'arrondissement de Saint-Sever (Landes), thèse.

ciété médic. du 2e arrondissement (Union méd., 20 juin 1850)

cas de pellagre dans lequel l'alimentation plus ou moins exclusive par le m
pas été constatée, et M. Marrotte a lu, à la Société médicale des hôpitaux, l
vation d'un sujet qui n'avait pas été davantage soumis à cette cause. Enfin M
douzy (1) en a observé un cas à Reims, chez une femme qui n'avait été s
à aucune des conditions regardées par les auteurs comme cause de cette m
Faut-il en conclure, avec plusieurs auteurs, que MM. Balardini et Roussel s
trompés? Non; il y a un rapport trop évident et trop constant entre l
sion de la culture du maïs et celle de la maladie, pour qu'on puisse avoir des
à cet égard; seulement on peut admettre que, dans certaines circonstances
l'influence des diverses autres causes mentionnées plus haut, et principalem
aliments trop faiblement azotés, peut donner lieu aux mêmes résultats que
mentation par le maïs. Du reste, M. Roussel, qui s'est déjà occupé avec tan
deur de cette question, s'est rendu en Espagne, afin de réunir des faits pro
l'éclairer complétement, et son habileté bien connue doit nous faire espére
ce but sera parfaitement atteint.

Nous avons cru devoir insister sur ce point d'étiologie, parce qu'il intére
plus haut degré l'hygiène publique, et qu'on ne saurait trop s'appesantir s
questions qui touchent à la santé et à l'existence de populations entières.

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, les auteurs ont suivi des divisions div
Frapolli, et après lui un grand nombre d'autres observateurs, admettaient
périodes distinctes. D'autres divisent la maladie en trois années, parce que, da
grand nombre de cas, il y a trois attaques distinctes qui ont lieu au printemps;
tres enfin admettent trois degrés.

Strambio a rejeté ces divisions. MM. Cazenave et Schedel, se fondant sur c
dans un bon nombre de cas, il n'y a pas de périodes distinctes, la maladie
continue, sur ce que les dernières attaques de la pellagre peuvent être moin
lentes que la première, et enfin sur ce que, fréquemment, il faut plus ou
de trois années pour que la maladie suive son cours, ont adopté la manière d
de Strambio, qui, pour les mêmes raisons, nous paraît devoir être suivie. L'a
italien distingue trois formes de cette affection, suivant qu'elle est *intermit*
rémittente ou *continue*. Nous en dirons quelques mots en parlant de la m
de la maladie.

Début. — Il est très rare que la pellagre s'annonce par l'altération de la
Il n'est même pas parfaitement démontré que cette altération ait jamais été l
nomène primitif offert à l'observation. Il est certains sujets qui ne la présent
et qui ont déjà depuis longtemps des symptômes évidents de la maladie san
douter; c'est sans doute dans des cas semblables qu'on a cru à l'existence,
début, de l'affection cutanée.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que, dans la grande majorité des cas, la p
commence par des symptômes du côté des voies digestives, parmi lesquels
particulièrement citer la boulimie et la diarrhée, un malaise persistant, une

(1) *Séances de l'Acad. de méd.*, 26 août 1852.

oins grande faiblesse, des symptômes d'anémie, etc. Il est rare de voir, au début la maladie, les phénomènes nerveux signalés plus loin.

Ces symptômes du début, qui peuvent parfaitement être rapportés à une nourure insuffisante et malsaine, durent plus ou moins longtemps, suivant qu'ils ont paru à une époque plus ou moins éloignée du printemps. C'est, en effet, dans tte saison que la maladie se trouve confirmée par l'apparition de l'état morbide la peau, qui survient sous l'influence des rayons solaires devenus plus ardents.

Les symptômes qui viennent d'être décrits ont été regardés par beaucoup d'aurs comme de simples *prodromes*. L'examen des faits ne permet guère de se ger à cette opinion. Il est bien plus naturel de penser qu'au moment où ils survnent, la maladie existe, et que celle-ci, imprimant à la peau une manière d'être uvelle, la rend assez impressionnable aux rayons solaires pour qu'ils produisent altérations qui, frappant plus vivement les esprits, ont fait donner à la maladie nom de *pellagre*.

Symptômes de la maladie confirmée. — Parmi les symptômes de la maladie nfirmée, nous trouvons d'abord ceux qui ont leur siége dans le *tube digestif*, et nt j'ai déjà dit un mot. La *boulimie* est un des caractères les plus constants de pellagre. L'envie de manger est presque incessante ; les aliments traversent radement le tube digestif. A peine sont-ils ingérés, que les évacuations alvines ont eu, et que la faim renaît.

La *diarrhée* est un symptôme presque constant. Les selles sont abondantes, très uides, jaunes, vertes ou noirâtres. Parfois il y a des évacuations sanglantes. Dans petit nombre de cas, au contraire, il y a une *constipation* opiniâtre ; mais enre, dans ces cas, voit-on à certaines époques, et surtout vers la fin de la maladie, iarrhée se déclarer. Les *vomissements* sont infiniment plus rares, et très peu de ets offrent quelques symptômes du côté de l'estomac.

Les *lèvres* présentent une coloration particulière ; c'est une *lividité* sur laquelle mbio a beaucoup insisté. Elles sont en même temps arides et gercées. La muuse buccale est généralement pâle, et assez souvent on y trouve des excoriations ou moins étendues. Dans un certain nombre de cas cités par les auteurs, les ades se plaignaient d'un goût salé à la bouche ; ils avaient de la salivation.

Ces phénomènes ont lieu lorsqu'il n'existe pas de mouvement fébrile violent. s verrons plus loin ce qui survient lorsque la fièvre se déclare.

Altération de la peau. — Non-seulement ces troubles digestifs peuvent se mon- longtemps avant l'apparition de l'altération cutanée, mais encore on les voit ister, alors que cette altération de la peau a disparu pour reparaître plus tard, t-à-dire qu'ils existent même pendant l'hiver.

'affection cutanée, au contraire, a cela de remarquable que d'abord elle se tre d'une manière intermittente, et qu'elle prend son accroissement sous une ence bien connue, ainsi qu'on va le voir par la description suivante empruntée M. Cazenave et Schedel (1) : « C'est toujours, disent-ils, aux parties les plus tuellement exposées aux rayons solaires qu'elle se montre. Ainsi elle affecte référence le dos des mains et la partie externe de l'avant-bras, quelquefois u'au coude ; le dos des pieds et la partie inférieure et antérieure des jambes,

) *Loc. cit.*, p. 493.

la partie supérieure et antérieure du thorax, parfois le front et les parties latérales des joues. Le plus fréquemment la pellagre s'annonce sur ces points par la simple desquamation de l'épiderme, qui noircit, prend une couleur chocolat plus ou moins foncée, se dessèche et se détache, sans qu'il advienne ni inflammation ni rougeur. C'est une sorte de pityriasis sans démangeaisons prononcées, sans douleur aucune; c'est un travail morbide qui se passe dans le corps muqueux, ou plutôt dans l'appareil blennogène de la peau, avec altération du pigment. D'autres fois il y a au contraire un érythème plus ou moins prononcé, surtout lorsque le soleil a agi avec force, et que les malades ont persisté à s'y exposer; quelquefois même cette inflammation devient presque érysipélateuse, et des phlyctènes ou bulles remplies de sérosité jaunâtre se forment comme dans une brûlure. Il y a, dans ces cas, une sensation de vive cuisson, qui persiste avec l'inflammation, laquelle ne tarde pas à disparaître peu à peu, dès que les parties sont soustraites à l'action du soleil. Mais la desquamation noirâtre de l'épiderme la remplace, et c'est elle qui, frappant l'observateur, donne à l'affection cutanée de la pellagre lombarde une physionomie si caractéristique. Assez souvent c'est en demi-cercles ellipsoïdes que l'éruption est disposée, offrant au bord inférieur de chaque bande une coloration d'un brun foncé qui tranche avec la couleur plus claire de l'épiderme qui vient immédiatement après; des cas nous ont été cités où ces demi-cercles ellipsoïdes se succédaient sur la partie postérieure de l'avant-bras jusqu'auprès du coude.

« Dans les premiers temps de la maladie, l'érythème, même alors qu'il a été très prononcé, disparaît sans laisser de traces : l'épiderme, noirci, se détache, et la peau reparaît avec sa couleur ordinaire. Mais il n'en est plus de même lorsque ces points ont été plus ou moins le siége de la desquamation pellagreuse. La peau alors paraît amincie, sa surface y est luisante, et a été comparée, avec raison, à celle que présenterait la cicatrice d'un brûlure très superficielle ; souvent même sur cette surface on voit des plaques irrégulières où le derme offre une couleur brune plus ou moins foncée ; cependant, au toucher, tout est souple. Les cas où la peau vient à s'épaissir, à devenir calleuse et à se sillonner de crevasses, doivent être bien rares ; car Gaetano Strambio n'a jamais rencontré un tel état de la peau chez les pellagreux durant une pratique de plus de trente années, et les médecins du grand hôpital de Milan, que nous avons interrogés à ce sujet (juin 1846), nous ont assuré qu'ils ne l'avaient jamais vu. »

Ainsi qu'on l'a dit plus haut, ce qu'il y a surtout de remarquable dans cette éruption, c'est qu'elle se montre particulièrement au printemps, dès que les individus s'exposent aux rayons solaires, et, d'un autre côté, qu'elle n'est pas en rapport avec la violence des symptômes internes, de telle sorte que, chez certains sujets, elle existe au plus haut degré avec des phénomènes généraux peu intenses et *vice versâ*.

Symptômes nerveux. — Les principaux constituent ce qu'on a appelé la *folie pellagreuse*. Les malades sont tristes, abattus ; ils éprouvent des craintes exagérées, ils ont des idées délirantes. On a cité un bon nombre de cas dans lesquels ils avaient une grande tendance au suicide. Il est assez fréquent d'en voir se donner *la mort par immersion*, et Strambio a surtout insisté sur ce penchant. M. Brierre de Boismont, dont les observations sur ce point sont très intéressantes, a remarqué *qu'un très grand* nombre de sujets atteints de la folie pellagreuse sont invinciblement

ès à tuer leurs enfants par strangulation ou par immersion, et que beaucoup une exaltation religieuse. On n'est pas d'accord sur la fréquence de ces aberons de l'intelligence; ce qu'il y a de certain, c'est que, dans les hôpitaux, le bre des fous pellagreux est assez grand.

lême lorsqu'ils conservent leur raison, la plupart des malades présentent des iges, des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vision, de la céphalaldes douleurs rachidiennes, des crampes, des convulsions, des mouvements inontaires; la marche précipitée et involontaire en avant; la faiblesse des mems inférieurs pouvant aller jusqu'à la paraplégie; en un mot, des symptômes graves variés, dont le siége se trouve aussi bien dans les nerfs du mouvement que dans ix du sentiment.

Ces symptômes sont loin de se rencontrer tous réunis chez le même malade, mais en observe presque toujours un certain nombre. Quant à leur intensité, elle rie chez les divers sujets, et aussi aux diverses époques de la maladie. Il est très heux que ces différents points de l'histoire de la pellagre n'aient pas encore été idiés avec toute la rigueur nécessaire et de manière qu'on puisse savoir quelle est ir fréquence réelle et quel est leur degré de valeur. On s'est, jusqu'à présent, itenté d'une appréciation générale.

M. Cazenave fils (1) a cité trois cas dans lesquels la pellagre se déclara chez des nés non soumis aux causes ordinaires de cette affection : chez l'un d'eux, l'aliéion mentale était héréditaire; aussi ce médecin en conclut à un rapport direct re l'aliénation mentale et la pellagre.

On a encore signalé comme symptômes de la pellagre, mais sans que nous puiss dire dans quelle proportion des cas, les troubles de la respiration, le *catarrhe onique*, la *phthisie pulmonaire*, la *laryngite ulcéreuse chronique*. Chez un cernombre de sujets, on remarque l'*ardeur de l'urine*; quelques-uns ont des *rs vénériens* immodérés, au début de la maladie; tous présentent, au contraire, diminution marquée de ces désirs vers la fin. La *menstruation* n'est ordinairet remarquable que par son peu d'abondance; quelquefois, au contraire, il y a *rorrhagie*. Le *pouls* est lent et faible, jusqu'à ce que la fièvre s'allume; enfin, note parfois une complication de *scorbut*. La multiplicité de ces symptômes éraux éloigne évidemment l'idée d'une simple affection cutanée, car les lésions les sont trop bornées pour les produire.

. une époque avancée, un *mouvement fébrile*, souvent intense, se manifeste; ingue se sèche, les symptômes digestifs augmentent, il y a *chaleur de la peau*, *re*, etc. C'est cet état qu'on appelle *typhoïde*, bien qu'il n'y ait rien qui rapche la maladie de la fièvre de ce nom.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

.a *marche* de la pellagre est généralement chronique avec des exacerbations qui riennent ordinairement au printemps, et qui portent principalement sur l'afion cutanée. Cependant on observe quelquefois des cas dans lesquels la maladie continue, et qui ont un certain caractère d'acuité. La *durée* est ordinairement

i) *Union méd.*, 19 juillet 1851.

de plusieurs années, et l'on voit un certain nombre de malades qui vivent longtemps avec cette affection. Le suicide vient assez fréquemment abréger cette durée. La mort est la *terminaison* ordinaire chez les sujets qui ne sont pas soustraits assez promptement aux mauvaises influences hygiéniques signalées plus haut. Dans le cas contraire, il y a lieu d'espérer la guérison ; les auteurs italiens et espagnols nous en fournissent d'assez nombreux exemples.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les altérations anatomiques qu'on rencontre chez les sujets qui ont succombé dans la période extrême de la maladie sont des lésions chroniques des voies digestives et de leurs annexes, telles que l'ascite, le ramollissement et la couleur noire de la muqueuse de l'estomac et des intestins ; des altérations de l'encéphale, comme le ramollissement, l'induration du cerveau, l'injection des méninges, des épanchements séreux dans les ventricules ; des lésions analogues dans le rachis ; enfin les tubercules pulmonaires, les ulcérations du larynx et de la trachée, etc. De l'aveu de tous les auteurs, il n'est aucune de ces lésions qui soit caractéristique. Quant aux altérations de la peau, elles ont été indiquées dans la description des symptômes.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne pourrait confondre la maladie qui vient d'être décrite qu'avec l'*acrodynie* qui a été observée à Paris en 1828. Voici comment MM. Cazenave et Schedel tracent le diagnostic différentiel de ces deux affections : « Dans l'acrodynie, disent-ils, l'érythème persistait, les douleurs étaient très vives, tandis que l'érythème pellagreux n'est que l'indication d'un état cachectique particulier de la constitution ; les malades ne souffrent pas ; ou, s'ils sont tourmentés, c'est seulement pendant les premiers jours... Dans l'acrodynie, l'insolation ne jouait aucun rôle ; la paume des mains et la plante des pieds se dépouillaient encore plus que le dos de ces parties, et la sensibilité du derme mis à nu était fréquemment augmentée à un point extrême. » Nous avons vu plus haut combien les phénomènes sont différents dans la pellagre. Ces caractères sont suffisants pour établir le diagnostic.

Pronostic. — La pellagre est toujours une maladie grave. Elle le devient de plus en plus lorsque les malades ne sont pas soustraits aux mauvaises conditions hygiéniques. Les altérations cérébrales, la folie, rendent le pronostic très fâcheux.

§ VII. — Traitement.

Il y a deux choses à considérer dans le traitement de la pellagre. La plus importante, sans contredit, est celle qui consiste à détruire la maladie dans les populations. Si, comme le pense le docteur Balardini, et comme il y a lieu de l'admettre d'après les recherches de cet auteur et de M. Roussel, c'est à la nourriture exclusive par le maïs, et surtout par le maïs altéré, qu'il faut attribuer la pellagre endémique, il est évident qu'on devra prendre des mesures pour rendre cette alimentation moins exclusive, et pour remédier à la mauvaise qualité de l'aliment. M. Roussel pense qu'un certain degré de torréfaction de la graine, avant de la

ermer pour la conserver, peut être fort utile ; quant aux mesures administra-:, ce n'est pas ici le lieu de les indiquer. Quant aux cas isolés, comme ils ré-ent, selon toutes les apparences, de la transgression des règles de l'hygiène gé-le, c'est à rendre cette hygiène meilleure qu'il faut s'attacher.

lais les médecins sont appelés à traiter des individus affectés de la pellagre. Quels alors les moyens qu'il convient de mettre en usage ? Le résumé suivant de . Cazenave et Schedel, auquel il serait inutile d'en substituer un autre, répond aitement à cette question :

Dans les campagnes de la Lombardie, on ne s'occupe du traitement de la pel-e que lorsque des accidents graves se manifestent. On se contente de donner *meilleure nourriture* à ceux de la famille qui en paraissent menacés ; de leur e boire du *vin*, et de remplacer la *polenta* de maïs par du *pain de froment* et a *viande ;* et le but est, en général, atteint. Vers la fin de mai et en juin, beau-p d'habitants de la campagne viennent prendre les *bains* au grand hôpital de an, dans lequel ils séjournent et se baignent quinze à vingt jours, faisant illeure chère que chez eux ; puis ils font place à d'autres.

› Comme traitement hygiénique, l'*hydrothérapie* serait probablement très utile, ntant plus que, convenablement appliquée, cette méthode donnerait du ton à la u et à toute l'économie, en même temps qu'elle solliciterait l'action cutanée. simple changement de nourriture amène souvent les meilleurs résultats, et ce vient à l'appui des expériences de M. Magendie, qui ont fait assez connaître ls effets nuisibles peut produire un seul et même genre d'alimentation continué gtemps et d'une manière exclusive.

› Il ne paraît pas que le vin et le régime animal soient indispensables, puisque rgari a vu, chez des individus entrés avec des symptômes de pellagre dans les ons, une amélioration notable survenir, alors que leur nourriture consistait en 1 de froment avec de l'eau. Frapolli, qui avait posé en principe que la pellagre renait de la suppression de la transpiration sur les parties affectées, et que la ide était nuisible dans ces maladies, reconnaissant cette cause pour point de art, Frapolli, disons-nous, obtenait des succès marqués tout en *s'abstenant régime animal.*

Mais le taitement hygiénique ne suffit pas pour combattre les symptômes res de la pellagre, qui souvent réclament des moyens énergiques. Ces accidents : ou nerveux ou congestifs, et souvent l'un et l'autre ; aussi est-il certain que *évacuations sanguines locales et générales*, et l'emploi des *antispasmodiques*, *opiacés* réunis aux *toniques*, sont d'une utilité pratique reconnue. Quelques iciens blâment énergiquement et rejettent absolument la saignée, soit locale, générale, dans la pellagre ; mais comme ce moyen dissipe assez promptement accidents congestifs qui, dans cette affection, simulent l'inflammation franche, qu'il importe de combattre, on y a souvent et utilement recours. Il serait d'ail-s difficile de lui substituer un autre moyen pour obtenir le même résultat, drothérapie n'étant pas du goût de chacun, et n'étant pas toujours d'une appli-on facile.

› Le traitement de ces divers accidents est donc à peu près le même que celui diverses affections gastro-intestinales, méningo-encéphalites, entéro-ménin-s, entéro-myélites, etc., à la condition toutefois de se rappeler que l'on n'a pas

affaire à des inflammations franches, mais bien de nature pellagreuse. Aussi les *boissons adoucissantes*, les *lavements amidonnés*, les *opiacés*, les *émulsions*, les *fomentations*, sont souvent utiles et nécessaires.

» Quant à l'affection cutanée, les *bains simples de* 25 *à* 26 *degrés Réaumur* et les *fomentations émollientes*, en cas d'irritation un peu vive, sont tout ce qu'elle réclame : l'utilité des premiers est telle, que beaucoup de praticiens les considèrent comme la base de tout traitement de la pellagre, pourvu que les forces des malades permettent d'y avoir recours ; mais, ainsi que Gaetano Strambio le remarque, on se gardera bien de considérer les bains comme l'unique et le principal remède contre cette maladie. »

ARTICLE V.

ACRODYNIE.

On est dans la plus grande incertitude relativement à la nature de cette maladie ; aucune des opinions qu'on a émises à ce sujet ne peut supporter un examen rigoureux, et, dans cette incertitude, nous avons cru pouvoir rapprocher l'acrodynie de la pellagre, avec laquelle elle a une certaine analogie. C'est, du reste, ce qu'avait déjà fait M. Rayer (1), qui a rangé cette affection parmi les *maladies pellagreuses*.

L'acrodynie a été observée à Paris depuis le mois de juin 1828 jusque vers le milieu de l'hiver de 1829 à 1830. Avant cette époque, on ne trouvait aucune trace de son existence en France ; mais dans d'autres pays, et surtout en Allemagne, on avait vu assez souvent apparaître une affection semblable, à laquelle on avait donné des noms différents que nous indiquerons plus loin. Ces affections sont-elles identiques ? C'est ce qui n'est pas parfaitement prouvé ; mais il est certain qu'elles ont beaucoup de caractères communs, et qu'elles se sont manifestées, dans les nombreuses contrées où on les a observées, sous forme épidémique. Parmi les auteurs allemands qui ont écrit sur l'affection épidémique convulsive, assez fréquente dans leur pays, nous citerons Schwenckfeld (2), Wolf (1717), F. Hoffmann (3), Müller (4), etc. ; et parmi les médecins français qui ont étudié l'épidémie de 1828, nous mentionnerons particulièrement MM. Chomel, Cayol, Genest (5), Dalmas (6), Dezeimeris (7) et Dance (8).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est extrêmement difficile de donner une bonne définition de l'acrodynie. Non seulement, en effet, nous ne pouvons exprimer sa nature, mais encore il y a

(1) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 890.
(2) *Bericht von der Krampsucht*, etc., 1577.
(3) *Opera omnia medica*, t. III.
(4) *Act. med.* Berlin, t. VI.
(5) *Archives gén. de méd.*, 1828, t. XVIII, p. 332.
(6) *Journal hebdomad. de méd.* Paris, 1829, t. I, p. 331.
(7) *Journal général des hôpitaux*.
(8) *Dict. de méd.*, t. I, art. ACRODYNIE.

op de variations dans les divers cas qui se sont présentés et dans la physio-ie de la maladie, suivant les localités, pour qu'il soit possible de donner en de mots tous ses principaux caractères. Nous indiquerons les suivants : en-dissements, fourmillements, douleur des extrémités, parfois contracture, tions diverses, altération de l'épiderme, troubles digestifs marqués, tels sont rincipaux symptômes de la maladie.

l'on admet que l'affection dont nous allons nous occuper est identiquement la ie que celle qui a été décrite par les auteurs allemands, on doit en chercher scription dans ces auteurs sous les noms de *Krampsucht*, *Kornstaupe*, *Krie-rankheit*, *morbus spasmodicus malignus*, *epidemicus*, *convulsivus*, *morbus alis*. Par la plupart de ces dénominations, on voit qu'on a attribué assez géné-nent, en Allemagne, la maladie à une altération des céréales, et c'est là un de ressemblance entre cette affection et la pellagre, que M. Roussel a très bien ressortir.

§ II. — Causes.

Tous les auteurs conviennent que les causes de l'acrodynie ne sont pas connues. a attribué la maladie à l'usage de divers *aliments* et de diverses *boissons ;* mais été facile de faire sentir combien cette manière de voir était peu fondée, qu'à Paris la maladie a sévi sur des sujets qui avaient une nourriture très dif-nte, et que d'autres en grand nombre, dont la nourriture était la même, ont atteints ou épargnés, suivant les localités où ils se trouvaient. C'est ce qui a été tout remarquable chez les militaires, certaines casernes présentant un assez nd nombre de malades pour qu'on fût obligé de les évacuer, et d'autres n'en nt aucun. Les mêmes remarques s'appliquent à l'influence de l'*encombrement*, l'*altération de l'air*, de l'*humidité des habitations*. Quoique l'affection n'ait rgné aucun *âge* et aucun *sexe*, elle s'est montrée plus souvent chez les adultes hez les hommes que chez les enfants et chez les femmes. Rien n'a démontré elle fût contagieuse.

e seul fait un peu important relativement à l'étiologie, c'est que la maladie s'est trée dans des années où les étés ont été remarquables par leur humidité et le d'élévation de la température. Mais doit-on accuser l'influence prolongée de *saisons* sur l'économie animale ? ou faut-il admettre que, dans ces années, les ales n'ayant pas atteint le degré de maturité convenable, l'alimentation a été saine et insuffisante ? Si l'exactitude de cette dernière opinion était démontrée, aurait une raison de plus de rapprocher l'acrodynie de la pellagre. Nous avons plus haut que les auteurs allemands professent cette manière de voir, mais la onstration est loin d'être complète.

§ III. — Symptômes.

En général, les premiers symptômes qui se manifestaient dans l'épidémie de is étaient un *engourdissement* et des *fourmillements* incommodes aux pieds et mains. Chez quelques sujets il y avait, dès les premiers temps, des *élance-nts* véritables dans ces parties ; mais, en général, ce dernier symptôme se mon-t à une époque plus avancée. Il était rare que ces sensations, plus ou moins

[redacted]

douloureuses, existassent ailleurs qu'aux extrémités; dans quelques cas seulement les membres en étaient atteints à une certaine hauteur, et quelques sujets les éprouvées dans toutes les parties du corps.

On a aussi observé des altérations du *tact* et du *toucher*. Certains malades pouvaient toucher le corps le plus doux sans éprouver une sensation pénib comme s'ils touchaient des corps raboteux; d'autres, en mettant le pied sur le croyaient marcher sur un corps mou; d'autres encore avaient perdu la sensib tactile au point de ne pas s'apercevoir que les corps qu'ils croyaient tenir le avaient échappé, ou qu'ils avaient perdu leur chaussure. Ces aberrations d toucher étaient assez variables, et il est facile de s'en représenter les diver variétés.

En outre, on remarquait des lésions de la *motilité*. C'est ainsi qu'un certa nombre de sujets présentaient de la *contracture*, des *spasmes des muscles*, d *crampes*, des *tressaillements*. Les *convulsions* se montrent d'une manière par culière dans le *morbus cerealis* des Allemands, ce qui a fait donner par beauc d'auteurs, à cette maladie, le nom de *morbus convulsivus*. Mais, comme plusie ont fait entrer dans leur description l'histoire de l'*ergotisme*, il y a quelque co fusion sur ce point.

Les *mouvements* devenaient fréquemment si difficiles, que les malades ne pou vaient plus se servir de leurs doigts, et la paralysie des extrémités inférieures é souvent telle, qu'ils ne pouvaient marcher qu'en traînant par terre la pointe pied. Ces diverses altérations de la motilité (contracture, crampes, paraly étaient loin de se montrer isolément; on les voyait, au contraire, habituellem se succéder chez le même sujet.

Dans le cours de la maladie on voyait apparaître, principalement aux pieds aux mains, des *éruptions* de diverse nature. C'étaient des papules, des pust des taches cuivreuses, et même des phlyctènes ou des furoncles; enfin une *quamation* de plus ou moins longue durée, et se renouvelant plus ou moins quemment. Chez plusieurs sujets on a observé des *sueurs* des pieds et des m A la suite de ces phénomènes, on voyait l'épiderme s'amincir, se ramollir, et p fois le corps muqueux être mis à nu. En pareil cas, la sensibilité des parties é très exaltée. Plus rarement, on a vu les mêmes altérations se montrer dans d'a tres parties du corps, et Chomel a cité un cas dans lequel l'épiderme du m melon s'est détaché en totalité.

Un phénomène qu'on peut regarder comme caractéristique était la *roug érythémateuse* des pieds et des mains, occupant les deux faces dans cette derni partie, et bornée à la face plantaire dans les extrémités inférieures. La roug érythémateuse se montrait aussi dans d'autres parties du corps; et, en outre, un assez grand nombre de points, notamment sur l'abdomen et aux plis des arti lations, on voyait apparaître une *teinte brune* ou *noirâtre* de la peau, qui n'é pas le phénomène le moins remarquable de cette singulière affection.

Dans la première période de la maladie, et parfois dès le début, on notait troubles variables du côté des *voies digestives*. C'était assez souvent une sim perte de l'appétit, avec une tension, une pesanteur plus ou moins marquée dans région épigastrique; parfois des vomituritions ou des vomissements; des coliqu *un dévoiement* quelquefois considérable et alternant avec de la constipati

fin, quelquefois des selles sanguinolentes, et même des vomissements contenant
ı peu de sang.

« Un *œdème*, le plus souvent partiel, mais quelquefois général, survenait, dit
ınce (1), ordinairement dès le début chez la plupart des malades (les deux tiers
ıviron). Il se remarquait principalement à la face, sur les lèvres et les joues, aux
eds et aux mains, quelquefois sur les parois abdominales, ou même dans toute
ıabitude extérieure du corps, produisant alors une sorte de bouffissure générale.
et œdème était ordinairement peu douloureux, peu considérable, ne conservait
ıs l'impression du doigt, et faisait peu varier la couleur de la peau, si ce n'est
ıns certains cas où elle semblait plus pâle ou comme tachée par des ecchy-
ıoses.....

» Fréquemment, dit le même auteur, on observait en même temps une rougeur
ıs yeux bornée à la conjonctive oculaire ou palpébrale, quelquefois au bord libre
ıs paupières, et accompagnée de larmoiement, de sensibilité de l'œil à la lumière,
surtout de picotements, d'élancements, ou de la sensation de graviers interposés
tre les paupières, sensations imitant, par leurs variétés, celles dont les pieds et
mains étaient le siége. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces phénomènes
bservaient quelquefois sans qu'il y eût de rougeur aux yeux. »

Excepté les symptômes du côté des voies digestives, que j'ai décrits plus haut,
n'observait pas de *phénomènes généraux* bien notables. Une *fièvre légère* dans
ılques cas, plus forte lorsque les symptômes digestifs acquièrent une grande
ınsité; une *insomnie* assez opiniâtre, de l'irritabilité, tels sont ceux qui méritent
tre cités.

Toutes les relations de cette curieuse épidémie s'accordent, du reste, à dire que
symptômes prédominants étaient variables suivant les localités. Ici c'était la
leur, les fourmillements, l'engourdissement qui dominaient; là l'œdème, ou
ı les éruptions, la coloration brune de la peau, etc. Quelques-uns même des
ıptômes précédemment énumérés manquaient complétement. Ainsi, à la caserne
Lourcine, on n'observa pas la coloration brune de la peau; dans d'autres, on
rarement l'ophthalmie, etc.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

On a voulu voir dans la *marche* de la maladie trois périodes, mais Dance a dé-
ıtré que ces périodes étaient loin d'être distinctes. Tout ce qu'on peut dire,
t que les troubles des voies digestives se montrent principalement dans les
ıniers temps; que la maladie présente alors un certain degré d'acuité, et qu'elle
ıd ensuite une marche essentiellement chronique. « Cette maladie se prolon-
t ordinairement, dit M. Rayer, plusieurs mois, ou cessait après quelques se-
ıes. Beaucoup de malades, après une guérison apparente, ont été repris de la
ıdie, qui n'a cessé qu'avec l'épidémie. Elle se terminait rarement par la mort,
ıpté chez les vieillards. »

(1) *Loc. cit.*

[redacted]

§ V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons rien à dire des *lésions anatomiques*. Dans la description des sy ptômes, nous avons fait connaître ce qu'on observait à la peau, et, quant : lésions internes, elles appartiennent, ainsi que le fait remarquer M. Rayer, à simples complications.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Ce n'est qu'avec la *pellagre* qu'on pourrait confondre la maladie dont n venons de donner la description; mais la marche de ces deux affections n'est la même. La recrudescence remarquable qu'on observe au printemps, les effe l'insolation dans la pellagre, ne se remarquaient pas dans l'acrodynie; l'altéra de la peau est différente. On n'observait pas une folie acrodynique, comm observe une folie pellagreuse. Enfin, le degré de gravité des deux affections est d'être le même.

Faut-il chercher à établir un diagnostic entre l'acrodynie et le *morbus cen* des Allemands ? Nous ne le pensons pas. Les auteurs qui se sont le plus occ de cette question sont d'avis que ces affections sont de la même nature. Il sans doute, des différences dans les diverses épidémies; mais ne savons-nous que c'est précisément un caractère fréquemment observé des épidémies de la m affection, de ne pas se ressembler complétement ? Et comment voudrions-nous des épidémies observées dans des climats différents, à des époques éloignées, sent identiques, lorsque nous voyons à Paris la maladie varier notablement sui les localités ?

Pronostic. — L'intensité des divers symptômes et la longue durée de l'affe faisaient de l'acrodynie une maladie sérieuse. Cependant ce que nous avons plus haut de la terminaison prouve qu'elle ne peut pas être rangée parmi les ladies très graves. Le grand âge et la grande intensité des symptômes qui av pour siége les voies digestives étaient les circonstances les plus fâcheuses.

§ VII. — Traitement.

Nous ne connaissons pas de moyens très efficaces contre cette singulière mal Il n'y aurait pas grand avantage à entrer dans de grands détails à ce sujet; le sumé suivant, emprunté à l'article de Dance, nous paraît suffisant : « La *sai* dit cet auteur, n'a été avantageuse que pour dissiper un état de pléthore o congestion accidentel; les *sangsues*, appliquées sur le bord des pieds, ont p calmé l'érythème, mais sans diminuer les engourdissements; sur le ventre, ont un peu d'efficacité contre les symptômes gastro-intestinaux; sur le racl en grand nombre, elles ont paru à quelques praticiens plus favorables contre semble des symptômes. Les *cataplasmes émollients* autour des pieds ont été l souvent de nul secours contre les fourmillements; quelquefois il les ont aug tés. Les *frictions* sur les mêmes parties, avec des corps gras chargés d'une volatile (*térébenthine*) ou d'*ammoniaque*, ont eu plus de succès ; il en est de des *lotions froides* aiguisées avec de l'*acétate de plomb*. Nous ferons rema

'égard de la térébenthine, que ce médicament, en frictions, s'était déjà montré antageux dans plusieurs des épidémies dont nous avons parlé précédemment, en rticulier dans celle que Boucher a décrite. Un certain nombre de malades lui irent même leur guérison, au rapport de cet auteur, ce qui rapproche ces affec- ons des névralgies, dans lesquelles la térébenthine est employée avec quelque iccès. Les *bains simples*, liquides ou en *vapeur*, *sulfureux* ou *aromatiques*, n'ont i général produit que peu de soulagement. Les *vésicatoires* sont, de tous les oyens externes, ceux qui paraissent avoir eu le plus de succès pour calmer les gourdissements et les fourmillements, dans les cas notamment où ces douleurs étaient point bornées aux pieds et aux mains. Appliqués le long des membres, surtout dans la direction du rachis, ils ont plusieurs fois amené la cessation de s symptômes. Le *moxa* n'a été employé qu'un petit nombre de fois, et sans antage marqué.

» A l'intérieur, on a mis en usage l'*opium*, la *belladone*, l'extrait de *noix vomi- ue*, l'*asa fœtida*, la *valériane*, la *poudre de Dower*, sans obtenir en général autre changement qu'un calme temporaire dans les douleurs par le premier de s médicaments. On a également tenté les *purgatifs*, l'*émétique à haute dose*, le *aitement* dit *de la Charité* pour la colique des peintres, mais sans résultats plus vorables. Ce dernier traitement paraît toutefois avoir eu quelque succès entre s mains de M. Cayol. Enfin, dans les cas où la maladie se présentait sous une rme rémittente ou intermittente, le *sulfate de quinine* s'est montré inefficace mme les autres médicaments. »

Pour compléter ce traitement, ajoutons ce que dit à ce sujet M. Rayer, qui a ivi les diverses phases de l'épidémie : « Dans l'incertitude où j'étais sur la na- ire de l'acrodynie, j'essayais, comme la plupart des médecins, divers remèdes ie je croyais propres à combattre les symptômes prédominants, mais sans succès marquable, la maladie étant toujours très longue et variée dans ses phénomènes. plus souvent j'opposais l'*eau de Seltz*, le *diascordium* et la *thériaque* aux dé- ngements des fonctions digestives. Lorsque les symptômes nerveux se montraient ec intensité dès l'invasion, je faisais pratiquer une *petite saignée;* le malade ait ensuite plongé dans un *bain tiède*, et prenait un grain d'*opium* le soir : si s symptômes survenaient, au contraire, dans la seconde ou la troisième période la maladie, et lorsque leur constitution avait déjà été détériorée, j'administrais s *bains sulfureux*, et quelquefois avec succès. Quant aux symptômes cutanés, ne leur ai jamais opposé que des *bains tièdes*, des *lotions* et des *applications mollientes.* »

ARTICLE VI.

SCLÉRÈME.

Il y a à peine quelques années l'existence du véritable sclérème, de celui qu'on décrit dans ces derniers temps sous le nom de *sclérème des adultes*, était telle- ent ignorée de la plupart des auteurs, que cette maladie ne trouvait pas de place ans le cadre nosologique. C'est en 1845 que M. Thirial (1) publia une observa-

(1) *Du sclérème chez les adultes, etc.* (*Journ. de méd.*, mai et juin 1845).

[redacted]

tion qui fixa l'attention générale. Plus tard, M. Forget (1), de Strasbourg, qui ne connaissait pas le fait cité par M. Thirial, eut occasion d'en observer un nouveau, et crut qu'il s'agissait d'une maladie nouvelle. De là une discussion de priorité entre ces deux médecins (2) qui ne pouvait pas être longue, puisque l'observation rapportée par M. Thirial avait une date antérieure bien constatée.

Cependant cette maladie n'était pas nouvelle, ainsi que l'a démontré M. le docteur Ravel (3), qui, dans des recherches biographiques très étendues, fait remonter la connaissance de la maladie jusqu'à Hippocrate (4). Cet auteur cite ensuite un grand nombre d'ouvrages dans lesquels on trouve non-seulement des exemples multipliés de la maladie qui nous occupe, mais encore des descriptions générales de cette affection, parmi lesquelles il distingue en particulier celle de Lorry (5). On ne peut entrer ici dans d'autres détails sur cet historique : on devra sur ce point consulter l'article plein d'érudition de M. Ravel. Au milieu d'exemples incontestables de véritables sclérèmes, il s'en trouve très certainement un nombre considérable sur lesquels on pourrait élever des doutes.

Quoi qu'il en soit, il est très évident que cette affection n'avait frappé qu'imparfaitement l'attention des médecins, et qu'elle était presque complétement oubliée, lorsque M. Thirial a de nouveau attiré l'attention sur elle, et qu'en outre cet auteur a eu le mérite de préciser ses caractères, bien plus qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui. Depuis l'époque où il a cité le premier cas qui se soit offert à son observation, d'autres faits semblables se sont présentés avec des caractères parfaitement tranchés. M. Thirial en a lui-même rapporté de nouveaux (6), et nous en devons plusieurs autres à MM. Bouchut (7), Putégnat (8), Rilliet (9), et Pelletier (10).

A l'époque où fut publiée la première observation de M. Thirial, on pensa que cette maladie était semblable à celle qui se produit si fréquemment chez les nouveau-nés, déjà décrite sous le nom d'*œdème des nouveau-nés*, et qu'on a aussi appelée *sclérème;* mais nous avons fait voir alors (11) que les symptômes et les altérations anatomiques étaient essentiellement différents et constituaient deux maladies distinctes. Les faits, comme on va le voir, sont venus démontrer l'exactitude de cette opinion, et je crois qu'aujourd'hui il ne reste plus de doute sur ce point dans l'esprit de personne.

(1) *Mém. sur le chorionitis ou sclérosténose* (maladie non décrite par les auteurs) (*Gaz. méd. de Strasbourg*, juin 1847).

(2) Thirial, *Du sclérème des adultes; identité de cette maladie et de celle que M. Forget, de Strasbourg, vient de présenter comme nouvelle sous le nom de chorionitis, etc.* (*Union méd.*, 24 et 28 août 1847).

(3) *Rech. sur la stegnose* (*sclérème des adultes*) (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, novembre et décembre 1848).

(4) *Épidémies*, liv. V, chap. IX, *Œuvres d'Hippocrate*, trad. de Littré, t. V, p. 203.

(5) *Tractatus de morbis cutaneis*. Paris, 1777.

(6) *Note pour servir à l'histoire de la maladie nouvelle appelée sclérème des adultes, ou sclérodermie* (*Union médicale*, décembre 1849).

(7) *Observ. de sclérème des adultes* (*Gaz. méd. de Paris*, 25 septembre 1847).

(8) *Sur le chorionitis, ou sclérosténose de la peau* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1847).

(9) *Revue méd.-chirur. de Paris*, 1848.

(10) Voy. Forget, *Lettre sur le chorionitis* (*Revue méd.-chir. de Paris*, février 1848).

(11) Voy. *Archives générales de médecine* (Bulletin, correspondance), 4[e] série, t. X, p. 355, mars 1846.

On peut donc dire dès à présent que le nom de *sclérème* doit être réservé à l'en-cissement de la peau qui se manifeste avec les caractères observés chez les ıltes, et que, pour éviter toute confusion, on ne doit plus le donner à l'œdème ı nouveau-nés.

Avec les documents que je viens de mentionner, il est permis de tracer une toire à peu près complète du sclérème.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est impossible de définir la maladie d'après sa nature. D'un autre côté, parmi ı observations qui ont été citées comme exemples, on ne trouve pas toujours les ions bornées au seul tissu de la peau, ni même du tissu cellulaire sous-jacent, ı sorte qu'il est assez difficile de donner une définition rigoureuse. Cependant, mme dans tous les cas ce qu'il y a eu de principalement remarquable, c'est l'en-ircissement du tégument externe, on peut jusqu'à nouvel ordre définir le sclé-me : une maladie caractérisée par la dureté, la rigidité de la peau, avec ou sans ingement de coloration de cette membrane, et sans altération notable des fonc-ons des autres organes.

Il résulte des recherches bibliographiques de M. Ravel, que la maladie a été trefois désignée sous les noms de *stegnosis*, *cutis astrictio*, *constrictio*, *durities*, *issitudo*, *sclérémie*. Dans ces derniers temps, on lui a donné les noms de *sclé-me des adultes*, *sclérodermie*, *chorionitis*, *sclérosténose cutané*. Nous pensons 'on peut lui appliquer exclusivement le nom de *sclérème*, qui ne saurait plus ap-tenir à l'œdème des nouveau-nés.

Cette maladie doit être considérée comme *très rare*, puisque, dans l'espace de q ou six ans, on n'a pu en observer qu'une douzaine de cas. Mais le nombre de cas, quelque petit qu'il soit, prouve qu'elle n'est pas aussi rare qu'on aurait le croire au premier abord, car les faits cités en 1845 parurent si nouveaux, 'on les crut tout à fait exceptionnels.

§ II. — Causes.

Les causes de cette maladie sont fort obscures, et le petit nombre des cas que us connaissons nous présentent des circonstances trop variées pour que nous issions arriver à des résultats satisfaisants. Voici ce qui ressort de plus positif de ı faits.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Le plus grand nombre des cas de sclérème a été observé chez les adultes; chez eux l'âge a varié beaucoup, puisque nous trouvons des cas chez des sujets de inze à quarante-huit ans. Si même on admettait comme des exemples incontes-ıles de sclérème les observations de M. Pierquin cité par M. Ravel (1), il faudrait ·ter ce dernier extrême de l'âge jusqu'à soixante-douze ans. Mais dans la pre-ère de ces observations, les détails manquent complétement, et dans la seconde, y a une circonstance particulière qui fait croire qu'il ne s'agissait pas d'une ma-

(1) *Loc. cit.*, p. 185 et 186.

[redacted]

ladie semblable à celle qu'ont décrite MM. Thirial et Forget : c'est la mobilité [illegible] la lésion qui se portait d'une partie à une autre, et le prurit qui l'accompagnait. [illegible] reviendrai sur ce point dans la description des symptômes. De ces faits on [illegible] conclu d'abord que la maladie était propre aux adultes, et c'est ce qui lui [illegible] fait donner le nom de sclérème des adultes. Cependant M. Rilliet a rapporté [illegible] cas d'induration de la peau chez une jeune fille de neuf ans. Quant à l'observ[illegible] de MM. Rilliet et Barthez (1), que M. Ravel (2) veut qu'on regarde comme [illegible] exemple de sclérème, nous ne croyons pas qu'on puisse l'accepter ; car il s'agi[illegible] d'une simple hypertrophie du tissu cellulaire sans induration.

Sexe. — Il est bien remarquable que cette maladie se soit montrée dans l'im[illegible] mense majorité des cas chez les femmes ; cependant il ne faut pas croire, com[illegible] on a pu y être porté dans ces dernières années, en voyant que tous les cas se p[illegible] sentaient chez le sexe féminin, que les hommes en soient complétement exemp[illegible] M. Ravel a cité, en effet, quelques observations qui prouvent le contraire, et [illegible] entre autres recueillie par Strambio (3) qui ne laisse pas de doute sur l'existen[illegible] de la maladie ; ce qu'il y a de certain, c'est que cette affection se montre pres[illegible] exclusivement chez les femmes.

Parmi les autres causes prédisposantes, nous trouvons mentionnés dans les f[illegible] l'*état incomplet, difficile de la menstruation*, un *trouble quelconque* de c[illegible] fonction, et l'*habitation dans les lieux froids et humides*. Mais les observati[illegible] dans lesquelles ces circonstances sont notées ne sont pas encore assez nombre[illegible] pour nous permettre d'établir des règles générales. Quant à l'*usage prolongé d'*[illegible] *ments de difficile digestion*, aux *affections tristes de l'âme*, signalés par les [illegible] ciens et en particulier par Lorrey, ce sont des causes dont l'action aurait be[illegible] d'être démontrée par des faits nombreux.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles nous retrouvons encore les *troubles de la* [illegible] *truation*. Ainsi, dans les trois cas cités par M. Thirial, il y avait eu une fois [illegible] *norrhée*, une autre fois *suppression brusque de règles*, et enfin, dans le [illegible] sième cas, des *règles* devenues *plus abondantes*. Chez une femme observé[illegible] M. Cazenave, la maladie fut précédée par une *suppression de menstrues* sans [illegible] connue. Il est nécessaire que les observations se multiplient sous ce point [illegible] étiologique.

Dans plusieurs cas, l'affection s'est produite sans qu'on ait pu découvri[illegible] cause probable.

Il faut se contenter de mentionner l'*insolation*, l'action du *froid prolon*[illegible] *changement brusque de température*, les *lotions astringentes*, causes qui o[illegible] signalées par les auteurs qui nous ont précédés, mais dont l'action n'est pas [illegible] suffisamment démontrée par les faits.

Telle est l'étiologie bien imparfaite de cette singulière affection.

(1) *Traité des maladies des enfants*, 1re édit., t. I, p. 739.
(2) *Loc. cit.*, p. 187.
(3) Voy. *Journal gén. de médecine de Sédillot*, t. LXI, p. 234 (Paris, 1817), par Oranam.

§ III. — Symptômes.

)ans la description des symptômes, on a admis plusieurs variétés qu'il importe signaler. Sous le rapport de l'étendue de l'affection, Alibert, cité par M. Ravel, tingue un *sclérème général* et un *sclérème partiel.* Mais Alibert regardait à tort sclérème des nouveau-nés (œdème) et le sclérème des adultes comme la même ladie, et, dans les cas bien authentiques que nous possédons, le sclérème n'a nais envahi toute l'étendue de la surface cutanée. Cette distinction n'a pas, par aséquent, une importance réelle. Ce qu'il faut savoir seulement, c'est que, dans 'tains cas, la maladie occupe une très grande partie du corps, tandis que, dans utres, elle est bornée à une petite étendue, et particulièrement au cou et aux mbres supérieurs.

M. Thirial a, d'après la différence de coloration que présente la peau, admis ux variétés, qui sont la *variété blanche*, c'est-à-dire celle dans laquelle la couir de la peau n'est pas changée ou ne présente qu'un degré plus ou moins élevé pâleur, et la *variété brune*, dans laquelle la peau est d'une couleur foncée et elquefois noirâtre, comme celle des momies. Suivant M. Thirial lui-même, tte division n'aurait qu'une importance secondaire, puisque la première ne serait e le premier degré de l'affection qui tendrait à passer à la variété brune. Cepennt on a vu, dans quelques cas, et principalement dans ceux qui ont été cités r Strambio et M. Forget, la coloration de la peau se manifester à une époque au oins très rapprochée du début. Il suit de tout cela qu'il suffira de mentionner s particularités dans la description qui va suivre.

Début. — Il résulte de l'examen des faits que, dansle plus grand nombre des cas, maladie débute, sans symptômes précurseurs, par l'induration du tissu cutané ns un point d'abord limité, pour envahir ensuite plus ou moins rapidement les rties environnantes. Dans quelques cas rares seulement, l'induration est précédée quelques symptômes étrangers : ainsi, dans le cas rapporté par Strambio, il y t une fièvre éphémère qui fut suivie d'une rougeur érythémateuse et de l'indu-tion, et, dans une de ces observations de M. Thirial, l'endurcissement de la peau t précédé de quelques légers du côté de la poitrine et de l'estomac.

Symptômes. — Le symptôme presque unique dans cette affection est l'*induration s parties molles superficielles et principalement de la peau.* Cette induration *mmence* presque toujours *par la partie antérieure du cou*, puis elle envahit les tés, la nuque, et bientôt après elle se porte, d'une part, vers les membres supé-eurs et la poitrine, et de l'autre vers la face et le cuir chevelu. Plus tard encore bdomen peut être envahi ainsi que les membres inférieurs. Mais il n'est pas un ul cas bien authentique dans lequel toute la surface du corps ait été indurée. ouvent l'induration s'arrête à l'abdomen, parfois elle occupe la partie supérieure les membres inférieurs, en laissant libre une partie du tronc ; d'autres fois, tans qu'elle occupe le cou et la tête tout entière, elle envahit un des membres su-érieurs dans une étendue beaucoup plus grande que celui du côté opposé.

Tantôt l'induration *finit brusquement* dans une partie de l'étendue des membres ı du tronc, de telle sorte qu'entre la partie indurée et la partie souple qui l'avoi-ne il y a un contraste très remarquable ; tantôt c'est *par degrés* insensibles que

cette induration cesse, comme on le voit dans une des observations recueillies par M. Thirial.

Lorsqu'on palpe les parties indurées, on trouve une *résistance* très considérable, une dureté semblable à celle des cadavres gelés. Cette dureté est principalement remarquable dans les parties où, à l'état normal, la souplesse est plus grande; aussi les seins ont une fermeté tout à fait extraordinaire.

Dans toutes les parties indurées, il est *impossible de faire aucun pli* à la peau, de la faire glisser sur les tissus sous-jacents, de la soulever et de la pincer.

En même temps que cette dureté, il y a dans la peau une *tension*, une espèce de *constriction* qui a fait donner à la maladie le nom de *stégnose*.

Un autre phénomène remarquable qui résulte de cette rigidité et de cette tension de la peau, c'est l'*effacement des plis naturels*. La peau est devenue lisse, polie, et c'est ce qui a fait comparer les sujets qui présentaient en même temps une pâleur remarquable, à des statues d'ivoire poli ou de cire, suivant le degré de la décoloration. Nulle part cet effacement des plis naturels n'est remarquable comme à la *face :* il donne à la physionomie un aspect d'immobilité tout à fait frappant, et lorsque les malades veulent sourire, la face prend un aspect grimaçant.

Il résulte encore de cet état d'induration une *gêne des mouvements*, d'autant plus considérable que la maladie est plus avancée. Ainsi les malades ont de la difficulté à tourner le cou, à mouvoir les mâchoires, à fermer les paupières, à rapprocher les lèvres, qui restent entr'ouvertes, à plier les membres, etc. Il n'est pas jusqu'au larynx qui, dans un cas, ne se soit trouvé gêné dans ses mouvements d'ascension par suite de la rigidité des tissus qui le recouvrent.

Cependant cette induration ne cause pas de *douleurs* notables. Dans presque tous les cas, en effet, les malades ont accusé simplement une gêne plus ou moins considérable, mais non des élancements d'aucune espèce ni aucune autre douleur spontanée, et la palpation n'en détermine aucune. Nous ne trouvons dans les faits que nous avons sous les yeux qu'un seul cas, cité par Cazanova, dans lequel il y avait une douleur assez vive dans le bras gauche, ne se manifestant que la nuit. Mais il faut remarquer que cette douleur n'existait nullement dans les autres parties envahies par l'induration, et tout porte à croire que, dans ce cas exceptionnel, il y avait une complication, due probablement à une *névralgie brachiale intermittente*. Dans un des cas rapportés par M. Pierquin, il est parlé d'un *prurit* qui accompagnait l'induration. Mais nous avons déjà dit que, dans ce cas, la maladie était mobile, ce qui sort complétement des caractères du sclérème, et que tout porte à croire qu'il s'agissait d'une autre maladie, peut-être d'une espèce particulière d'urticaire. Dans une observation d'Hippocrate, il existait aussi un *prurit*, et quoique le fait soit rapporté avec très peu de détails, le diagnostic paraît être moins contestable. Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que le sclérème n'occasionne pas de douleur véritable.

Au milieu de tous ces changements, la peau, ce qui est bien digne de remarque, *n'a pas subi de modifications très notables dans ses fonctions*. Ainsi la chaleur est conservée, ce qui, avec l'aspect de cadavre que présentent les parties, forme un contraste qui a frappé les observateurs. La sensibilité est également conservée, et la transpiration même se fait encore, quoique dans certains cas elle ne se produise qu'avec une certaine difficulté.

La *coloration* de la peau peut rester naturelle, au moins pendant un temps assez long; mais il est plus ordinaire de rencontrer, soit la pâleur que nous avons mentionnée plus haut, soit, au contraire, une coloration qui du rouge sombre passe plus ou moins rapidement au brun, et qui, dans l'observation recueillie par M. Forget, *faisait ressembler la tête de la malade à celle d'une momie.* Dans ce dernier cas, la *peau est comme tannée*, ou *ressemble à un vieux parchemin tendu.*

Jusqu'à présent, nous n'avons parlé que de l'induration des parties superficielles, mais *quelquefois cette induration peut occuper d'autres parties.* C'est ainsi que M. Thirial a vu, dans un cas, la *langue endurcie* au point que la malade disait qu'elle lui semblait être un morceau de bois. Les mouvements de cet organe étaient naturellement très gênés et la parole embarrassée. Quant à l'*induration des muscles* indiquée par Strambio, il est douteux qu'elle existe réellement. Il aurait fallu, pour nous en convaincre, que cet auteur entrât dans quelques détails sur la contraction et la saillie des muscles et des tendons, ce qu'il n'a pas fait. Il est probable que la gêne apportée à l'exercice de ces organes par la rigidité des parties superficielles aura induit Strambio en erreur. Dans le cas rapporté par Cazanova, il est dit que l'induration pénétrait dans les interstices des muscles, mais c'est ce qui n'est pas parfaitement prouvé. Un peu plus de dureté dans certains points a pu faire croire à une induration plus profonde, d'autant plus que, dans ce cas l'induration avait, dans certains points, la forme de stries ou de plaques isolées, ce qui n'a généralement pas lieu. Enfin, Haller a trouvé deux fois l'induration occupant tout le corps dans toute sa profondeur.

Les *fonctions des autres organes ne sont nullement troublées* : ainsi l'*appétit est conservé*, le *sommeil est bon*, les *fonctions respiratoires et digestives s'accomplissent bien.* En un mot, et ce n'est pas là une des choses les moins remarquables de cette singulière affection, sans la dureté du tégument externe, et probablement aussi du tissu cellulaire sous-cutané, il n'existerait réellement pas d'état morbide.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie a une *marche* rapide au début, plus tard elle reste stationnaire ou ne fait plus que des progrès lents. Sa durée est illimitée, elle ne paraît pas avoir de tendance naturelle à la guérison; mais il résulte des faits que nous connaissons que, dans le plus grand nombre des cas, le traitement peut en triompher. Se termine-t-elle par la mort? On ne connaît que le cas cité par Hippocrate et celui qui a été rapporté par M. Pierquin (1), dans lesquels cette terminaison ait été observée; mais celui de M. Pierquin est le même que nous avons mentionné plus haut, et qui offre des doutes sous le rapport du diagnostic, et dans celui d'Hippocrate il n'est pas sûr que le malade n'ait pas été emporté par une maladie incidente sans rapport *direct* avec l'induration, de telle sorte que nous ne pouvons pas répondre d'une manière positive à cette question.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il résulte de ce qu'on vient de dire que nous n'avons que des documents tout

(1) Voy. Ravel, p. 18[illegible].

à fait insuffisants relativement aux lésions anatomiques. Dans le cas cité par M. Piequin, il est dit seulement que le tissu cellulaire était blanc, compacte, dur comme s'il eût été comprimé, et que quelques vaisseaux lymphatiques avaient acquis un volume plus considérable que dans l'état sain.

Dans deux cas cités par Haller (1), nous voyons une induration de tout le tissu cellulaire, de la peau, des nerfs, en un mot, de toutes les parties molles. Ces faits semblent prouver que la maladie, après avoir envahi la peau, peut affecter tous les autres tissus. Malheureusement les observations détaillées nous manquent, et encore sur ce point nous restons dans le doute.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* n'offre pas de difficultés réelles. Il est inutile, par conséquent, d'entrer dans des détails à ce sujet. Le sclérème est une affection différente de la maladie des nouveau-nés, à laquelle on a donné à tort le même nom, et déjà décrite sous celui d'*œdème des nouveau-nés*. Il nous suffira, pour cela, de reproduire ce que nous disions, en 1846, à propos de la première publication de M. Thirial (2) :

« Suivant cet honorable confrère, nous aurions eu tort de soutenir avec Billard, et à l'aide de faits particuliers, plus explicites que ceux de cet auteur, que la maladie désignée sous le nom de *sclérème* par nos prédécesseurs présente deux lésions très distinctes, qui n'ont aucun rapport l'une avec l'autre, et qui, par conséquent, doivent être séparées nettement dans le cadre nosologique. Pour nous, en effet, il existe, d'une part, une maladie caractérisée essentiellement par l'œdème, et, de l'autre, une altération du tissu adipeux, qu'on observe quelquefois chez les enfants agonisants, quelle que soit leur maladie, et bien plus souvent sur les cadavres, cette altération n'étant survenue qu'après la mort.

» Pour soutenir son opinion, M. Thirial cite deux faits. Dans le premier, il est question d'un nouveau-né qui, dans le service de M. Trousseau, a présenté l'endurcissement adipeux deux jours avant la mort. Or ce fait ne nous paraît prouver qu'une chose, c'est que cette lésion anatomique peut se montrer un peu plus longtemps avant la terminaison fatale qu'on ne le pense généralement, quoiqu'un petit nombre de faits du même genre aient déjà été observés.

» Dans le second, il s'agit d'un adulte qui a offert une induration des parties molles, cas tout à fait exceptionnel, et dans lequel on ne trouve absolument aucune ressemblance avec ce qu'on observe dans les cas d'œdème des enfants nouveau-nés. Dans ce cas, nous trouvons, en effet, une très grande pâleur, et les nouveau-nés affectés d'œdème sont d'un rouge lie de vin pendant une grande partie de la maladie; ils ne deviennent pâles qu'à la fin. La maladie, chez la jeune fille observée par M. Thirial, a envahi d'abord le cou, et l'affection des nouveau-nés commence par un œdème des pieds, comme tous les œdèmes généraux. Nous pourrions signaler d'autres différences; mais nous aimons mieux tirer quelques raisons péremptoires de l'étude de l'œdème des nouveau-nés.

(1) *Opera omnia minora*, t. III, Lausanne, 1768: *Opuscula pathologica*, obs. 62.
(2) *Archives gén. de méd.* (Bull., corresp.), 4e série, t. X, p. 365, mars 1846.

» M. Thirial veut que cette affection soit une induration de la peau, que cette induration de la peau soit le point de départ de la maladie, et que toutes les autres altérations, ainsi que les symptômes qui leur correspondent, n'en soient que les conséquences. S'il en était ainsi, on verrait d'abord apparaître cette induration de la peau, puis la gêne de la respiration et de la circulation, et enfin l'œdème, qui, d'après M. Thirial, n'est qu'une complication. Or il y a une expérience bien simple à faire, c'est de suivre un petit malade pendant tout le cours de l'affection. Pendant plus de la moitié de la maladie, M. Thirial verra qu'il n'y a pas la moindre lésion de la peau, que ce tégument est partout très souple, fortement coloré; qu'il se laisse soulever, qu'il glisse sur les parties sous-jacentes; qu'il n'y a, en un mot, rien qui ressemble à l'endurcissement adipeux que les enfants affectés de muguet, de pneumonie, etc., présentent parfois, dans les derniers moments, aussi bien que ceux qui sont affectés d'œdème. Aux pieds, aux mains, peut-être aux jambes, la peau est plus tendue, il est plus difficile, par conséquent, de la faire glisser sur les tissus sous-jacents; mais il est si aisé de s'assurer que cette tension est due à l'œdème, qu'il ne faut pour cela qu'une simple inspection. D'ailleurs, et cette remarque est capitale, on verra, après la mort, un certain nombre de parties entièrement libres de tout endurcissement adipeux, dans les cas où cet endurcissement sera survenu comme phénomène ultime. »

Quant à la *nature de la maladie*, on ne peut faire sur ce point que des suppositions. M. Forget, qui lui a donné le nom de *chorionitis*, a été d'abord porté à la regarder comme une inflammation de la peau. Mais ce n'est qu'avec réserve qu'il a émis cette opinion, qui n'est pas partagée par les autres auteurs. Nous n'insisterons pas, par conséquent, sur cette question encore insoluble.

Pronostic. — D'après ce que nous avons vu plus haut, la maladie est beaucoup moins grave qu'on n'aurait pu le croire d'après les symptômes et d'après l'étendue, souvent considérable, de l'induration. En supposant que les cas cités par Haller soient de la même nature que ceux qui ont servi à la description précédente, on peut admettre que la maladie prend un degré de gravité très grand lorsqu'elle envahit les organes profonds dont le jeu doit être nécessairement entravé.

§ VII. — Traitement.

Nous n'avons que peu de chose à dire du traitement de cette affection, parce que les divers moyens qu'on lui a opposés n'ont généralement été mis en usage que dans des cas isolés, de telle sorte qu'on ne peut pas en tirer des conclusions générales.

Les *émissions sanguines* n'ont guère été employées. Dans un des cas cités par M. Pierquin, on a, il est vrai, appliqué un très grand nombre de *sangsues* (295 en trente jours), mais nous avons vu plus haut que l'existence de la maladie particulière qui nous occupe n'est pas parfaitement démontrée dans ce cas. On a bien rarement eu recours à la *saignée générale*. Le malade observé par Strambio fut saigné au début de sa maladie, mais sans résultat.

On a naturellement eu recours aux *sudorifiques*. Ils n'ont, en général, pas eu de grands succès. M. le docteur Cazanova, après les avoir inutilement employés, ainsi que les *fumigations* faites *avec la vapeur du vinaigre*, eut recours aux *fumiga-*

LIVRE DOUZIÈME.

Intoxications.

[Nous exposerons, dans des chapitres distincts, les maladies communiquées [...]mme par les *animaux sains* et les *animaux malades*, par les *matières putrid*[...] [...]rigine animale*, et enfin par les *poisons végétaux* et *minéraux.*]

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES COMMUNIQUÉES A L'HOMME PAR LES ANIMAUX SAINS.

ARTICLE Ier.

MORSURE DE LA VIPÈRE ET DU SERPENT A SONNETTES.

1° *Morsure de la vipère.* — Le genre vipère comprend cinq sous-genres q[...] [...]t : la *vipère* proprement dite, qui existe en Europe; 2° le *trigonocéphal*[...] [...]'on trouve aux Antilles ; 3° le *plature*, qui se trouve dans les pays baignés p[...] [...] mer des Indes ; 4° le *naja*, qui se trouve aussi dans les Indes; 5° l'*élaps*, qu'o[...] rencontre à la Guyane.

Nous ne parlerons ici que de la morsure des deux premières espèces qui peuven[...] servir de type pour la description.

Nous poserons d'abord, en fait général, que les effets de la morsure de ces an[...] maux sont dus à l'introduction, sous l'épiderme, à l'aide de crocs particulie[...] placés à la mâchoire supérieure, d'un liquide contenant un virus dont la compos[...] tion nous échappe ; que l'introduction de ce venin dans le tube digestif ne produ[...] pas les mêmes accidents, non plus que son application sur la peau non dénudé[...] qu'il est nécessaire que son absorption ait lieu par les veines.

2° *Morsure de la vipère commune.* —La morsure de la vipère commune don[...] lieu aux symptômes suivants : *Douleurs* ordinairement vives, souvent extrêm[...] dans toute la longueur du membre blessé ; on aperçoit une ou deux petites *piqûr*[...] écartées de quelques millimètres sur le point mordu. Bientôt autour de ces piqûre[...] *rougeur* et *gonflement*, envahissant une plus ou moins grande étendue du mem[...] bre, et donnant lieu à un *engorgement pâteux*, luisant, d'un rouge livide, que[...] quefois couvert de phlyctènes. Plus tard, douleur plus vive; puis se manifeste[...] les *symptômes généraux* suivants : *Douleur*, pesanteur *de tête*, malaise, *anxiét*[...]

[redacted]

nausées, souvent des *vomissements bilieux*, lipothymies, *syncopes*. Au bout de quinze ou vingt heures ordinairement : *membre très volumineux*, *teinte ictérique* sur tout le corps, *sueurs* froides, visqueuses, refroidissement des extrémités, somnolence, *soif* vive, ralentissement du *pouls*, syncopes plus fréquentes. Au bout de deux ou trois jours, quelquefois moins et quelquefois plus, les symptômes s'amendent, une transpiration plus ou moins abondante s'établit, et la guérison a lieu ; dans quelques cas cependant la mort peut survenir par l'aggravation de tous les symptômes précédents.

3° *Morsure du trigonocéphale*. — M. Rufz (1) a étudié avec soin les résultats de cette morsure, beaucoup plus grave que la précédente. Voici l'extrait de son mémoire, qui a été reproduit dans le *Dictionnaire de médecine* (2) : « M. Rufz a reconnu : 1° que la mort pouvait être subite, instantanée, ce qu'il attribue à une violente frayeur ; 2° que la mort pouvait avoir lieu quelques jours après l'accident par manifestation de symptômes primitifs, et cela au moment où le blessé se croyait à l'abri de tout danger ; 3° que la mort pouvait être la suite d'un trouble nerveux très intense, développé dès les premiers instants, et c'est surtout dans ce cas que la mort peut être prompte ; 4° que la terminaison fatale pouvait être la suite d'une congestion pulmonaire, accident assez commun que certains observateurs avaient pris pour une pneumonie, ou bien être la conséquence d'un phlegmon diffus développé dans le membre blessé ; 5° et enfin, qu'alors même que la piqûre n'était pas aussi grave, elle pouvait donner lieu à des gonflements, à des abcès, à des gangrènes partielles, des nécroses, des paralysies des sens (amaurose, etc.), à des paralysies des mouvements, à des névralgies, à des troubles divers de l'intelligence, etc., désordres qui se prolongent pendant un temps plus ou moins long. »

Quant aux autres symptômes, ils sont les mêmes que ceux que produit la vipère commune, seulement beaucoup plus intenses.

4° *Morsure du serpent à sonnettes* (crotale). — Les accidents produits par la morsure du serpent à sonnettes sont encore beaucoup plus graves et plus rapides, mais de la même nature ; quelquefois la mort survient en huit ou dix minutes ; rarement les malades survivent plus de trois ou quatre heures. M. Bosc, qui a étudié avec grand soin le crotale, a vu que les derniers moments de l'agonie étaient excessivement pénibles ; la *gangrène* se montre sur la blessure ; un *sang noir s'écoule de toutes les parties du corps*, la *langue* se gonfle énormément, et sort de la bouche ; il y a une *soif* inextinguible, et tous les autres accidents indiqués ci-dessus sont portés au plus haut degré.

Traitement. — Les mêmes traitements s'appliquent à la morsure de toutes les espèces qui viennent d'être mentionnées ; seulement ils doivent être plus ou moins actifs suivant les cas.

SOINS A DONNER AUX MALADES AVANT LA VENUE DU MÉDECIN (Rufz).

« 1° Aussitôt qu'on est piqué par le serpent, sur-le-champ même, sans faire un pas de plus, placer une *ligature* à un pouce au-dessus de la piqûre, avec une cravate ou une bretelle ; serrer convenablement.

(1) *Enquête sur le serpent*. Saint-Pierre-Martinique, 1843. — *Annales d'hygiène*, t. XVII, p. 382.
(2) Article VIPÈRE, t. XXX.

» 2° Examiner les plaies, en reconnaître le nombre, juger, par l'intervalle qui are l'empreinte des crocs, de la grosseur du serpent; *retirer les crocs*, s'il y en [q]ui sont cassés dans les plaies.

» 3° *Essuyer la plaie*, *la sucer* soi-même ou la faire sucer fortement à plusieurs [re]prises pendant cinq ou six minutes.

» 4° *Frotter les plaies avec du citron ou de l'urine*, *ou des chlorures*, ou bien [av]ec toute autre des infusions qu'on aura sous la main; mais frotter rudement, de [ma]nière à insinuer le liquide dont on fera usage au fond des piqûres.

» 5° *Cautériser* avec le fer rouge ou bien avec un des caustiques indiqués, sur[tou]t avec le *caustique de Vienne* ou la *pierre à cautère*, après scarification des [pla]ies, ou sans scarification, après application d'une ou deux ventouses, ou sans [cet]te application.

» 6° Coucher le malade chaudement, lui faire prendre une des *infusions* re[co]mmandées (1), et relever ses esprits, s'il est effrayé.

» 7° Essayer de *prévenir le phlegmon* par des applications émollientes, résolu[tive]s ; si la suppuration n'a pu être évitée, ouvrir une issue au pus par des incisions [mul]tipliées et bien placées. »

[P]our le reste du traitement, voici le résumé que nous trouvons dans le *Dic[tio]nnaire de médecine :*

« Après le pansement, on fera mettre le malade au lit, et il prendra quelques [inf]usions chaudes avec un peu d'ammoniaque ou d'esprit de Mindererus, pour pro[vo]quer la transpiration ; si la frayeur a été très vive, s'il y a des syncopes, on don[ner]a quelques toniques, un peu de vin sucré, par exemple, pour ranimer les [for]ces. L'*engorgement phlegmoneux* sera traité par les embrocations huileuses, les [ca]taplasmes émollients, et le membre sera placé dans une situation un peu élevée ; [on] ouvrira avec soin les abcès qui pourraient se former; en un mot, on combattra [les] complications à l'aide des moyens ordinaires de la chirurgie. Enfin les désordres [peu]vent être tels, par suite de phlegmons profonds, de gangrène, etc., qu'il faille [avoi]r recours à l'amputation : c'est ce qui se voit après la morsure des grands ser[pen]ts venimeux. M. Bosc a remarqué que la piqûre du boiquira (crotale) cause [sou]vent une *tuméfaction énorme du larynx*, suivie de suffocation, contre laquelle [il p]ense que la *bronchotomie* pourrait être utile; ce serait un essai à faire dans le [cas] dont il s'agit. Les *congestions pulmonaires* peuvent être quelquefois apaisées [par] la *saignée*, mais l'*émétique à haute dose* vaudrait peut-être mieux.

» Dans les cas très graves, alors que se manifestent les accidents généraux si [for]midables dont nous avons parlé, on emploie généralement une *médication to[niq]ue*, les préparations de quinquina, les cordiaux ; peut-être les *chlorures*, vantés [par] quelques personnes, et dont parle avec éloge M. Rufz, seraient ici de quelque [effi]cacité. Quant aux accidents consécutifs, amaurose, etc., ils réclament les se[cou]rs ordinaires de la médecine. »

(1) Voyez plus bas.

ARTICLE II.

PIQURE DES INSECTES ET DES ARACHNIDES VENIMEUX.

1° *Insectes.* — *Piqûre de l'abeille, de la guêpe, du frelon, etc.* — L'a comme on sait, un aiguillon creusé d'un petit canal, et communiquant av vésicule qui contient le venin ; c'est l'introduction de ce venin sous l'épide produit tous les accidents.

Les *symptômes* sont les suivants : *Douleur* vive, brûlante, *gonflement*, lé légère tension, et quelquefois *malaise général*, ou même *fièvre*. Dans le ca n'y a qu'un petit nombre de piqûres, ces symptômes ne durent que heures avec une certaine vivacité, et se dissipent complétement en une jour n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'on a vu des accidents nerveux être le résultat d'une seule piqûre. Lorsque les piqûres sont très nombre gonflement peut être extrêmement considérable avec des symptômes fébri tenses, et la mort en être le résultat.

Cette piqûre guérit très bien sans aucun *traitement*, mais on peut bea hâter la guérison en enlevant le point où elle a été faite, et qui est ordinaire visible, et en pratiquant des lotions d'*eau vinaigrée*, d'*eau de Goulard*, d'am *niaque liquide étendue d'eau;* d'*eau-de-vie camphrée*, d'*eau salée*, etc.

Ce que nous venons de dire de la piqûre de l'*abeille* s'applique très bien à de la *guêpe* et du *frelon ;* quant à la piqûre du *cousin* ou du *moustique*, elle n'e pas d'autre traitement, et elle est moins violente; celles que produisent les fo et quelques autres insectes ne méritent pas davantage d'être mentionnées ici.

Dans certains pays, les *scolopendres* ou *myriopodes* font des piqûres da reuses; c'est encore aux *mêmes moyens de traitement* qu'on a recours.

Les insectes peuvent produire des accidents plus ou moins graves en dé leurs œufs dans diverses parties du corps, dans lesquelles se développent e les *larves ;* mais comme, dans tous ces cas, il suffit de faire l'extraction des étrangers, soit à l'aide d'injections, soit à l'aide d'instruments, cette ment suffisante ici.

2° *Arachnides.* — Parmi les arachnides, nous citerons le *scorpion*, très co dans le midi de la France, en Italie et en Espagne, et surtout le *scorpion frique*, qui est beaucoup plus gros et plus dangereux.

Les *symptômes* auxquels donne lieu la piqûre du scorpion sont semb ceux que produit la morsure de la vipère; seulement ils sont beaucoup mo tenses quand il s'agit des scorpions d'Europe : suivant même M. Bérard (1) seraient nullement dangereux à Rome. Le scorpion d'Afrique, selon quelq servateurs, peut donner la mort en quelques heures.

Le *traitement* est le même que celui de la morsure de la vipère.

Quant à la piqûre de la *tarentule*, à laquelle on a attribué des effets si liers, nous nous bornerons à dire qu'il est reconnu aujourd'hui que t qu'on a avancé à ce sujet doit être rangé parmi les fables, et que si la ta

(1) *De l'hygiène de Rome* (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, mars 1848).

suit quelque accident, c'est tout au plus une *irritation locale* avec *inflamm* *érysipélateuse*, et quelquefois *phlyctènes.*

ARTICLE III.

MAL DE VERS OU DE BASSINE.

en qu'il ne s'agisse pas ici d'une maladie transmise à l'homme par des a x pleins de vie, nous avons cru devoir la rapprocher des précédentes, en att qu'on puisse lui assigner sa place réelle dans le cadre nosologique.

tte affection, décrite par M. Potton (1), n'avait pas jusqu'à lui attiré spéc t l'attention des médecins. Cependant il semble qu'elle n'avait pas passé t t inaperçue, puisque Vincens et Baumes (2) ont parlé de quelques affecti pres aux fileuses de cocons, et que M. Villermé (3) a constaté l'insalubrité ge de la soie. M. Potton seul nous a donné une description détaillée de c ction.

Définition, *fréquence.* — M. Potton a désigné sous le nom de *mal de vers* *bassine* une *éruption vésiculeuse*, quelquefois pustuleuse, se manifestant doigts, sur le dos et dans la paume de la main, uniquement chez les femm se livrent à la filature de la soie. La dénomination donnée par M. Potton iquement fondée sur les causes déterminantes du mal.

Le mal de vers est une maladie fréquente, elle attaque toutes les femmes ccupent sans interruption de la filature des cocons ; mais elle présente cela rticulier, qu'après une première atteinte, les fileuses sont pour toujours à l'al *e n'est pas inoculable.*

Causes. — M. Potton pense que la maladie est produite par les émanations échappent pendant la filature des cocons anciens et doubles ; que c'est dan *composition* que le temps a fait subir progressivement au corps de l'animal q t placer l'origine du mal, le *manuel opératoire* et l'*eau chaude* aidant puissa nt à cette cause. Ce médecin s'appuie, pour soutenir cette opinion, sur ce s cocons de l'année ne déterminent pas ces accidents.

Symptômes. — Voici la description des symptômes, telle qu'elle est présen par l'auteur :

« Après une semaine ou deux au plus, de travail assidu et régulier, l'ouvri voit se produire sur les mains, et principalement sur la main droite, dans l'int valle des doigts, entre la première et la deuxième phalange, quelquefois même le dos et dans les plis de la main, une *démangeaison* qui n'a d'abord rien de nible ; une *teinte érythémateuse* l'accompagne. Bientôt la *rougeur* devient p forte ; elle est semblable à celle de l'érysipèle, plus marquée entre les doig L'extension ou la pression la dissipent momentanément. Le *gonflement* ne tarde à se produire ; il augmente avec la *douleur*, qui devient *cuisante.* La *chaleur* vive, exagérée. La peau se couvre de *marbrures*, de *plaques brunâtres* ; l'épider

(1) *Du mal de vers ou de bassine.* Paris, 1852. — Rapport à l'Académie de médec (*Bulletin de l'Académie*, t. XVII, p. 803).

(2) *La topographie de la ville de Nîmes et de sa banlieue.* Nîmes, 1802.

(3) *Annales d'hygiène*, 1839, t. XXI, p. 338.

se soulève. On voit d'abord surgir une *éruption miliaire* de petites [illegible] s'accroissent, se remplissent d'un liquide clair et transparent, qui se trouble [illegible] suite, s'épaissit et devient visqueux. Ces vésicules sont régulières, presque [illegible] jours arrondies ; leur volume, leur proéminence varient ; tantôt elles sont [illegible] nombreuses, tantôt trois ou quatre seulement recouvrent les points d'élection : [illegible] sont de véritables *bulles*. Tous les mouvements deviennent pénibles, ils [illegible] résultat, dès le troisième ou quatrième jour, si les ouvrières, malgré un [illegible] sentiment d'*engourdissement* ou de gêne, continuent leur travail, de faire [illegible] les vésicules ; la sérosité s'échappe, et un soulagement momentané, quel[illegible] permanent, se manifeste. Dans ce dernier cas, la maladie borne là les [illegible] qu'elle détermine. Les symptômes s'amendent avec rapidité, l'inflammation [illegible] douleur cessent à l'instant ; après sept ou huit jours, il ne reste plus aucune [illegible] du mal, autre que celle laissée par l'exfoliation de l'épiderme.

» Mais, en général, ce n'est pas ainsi et d'emblée que ces premiers désordres [illegible] dissipent, une *deuxième période* s'annonce ; ou bien les vésicules subissent [illegible] véritable transformation et prennent le caractère de *pustules ;* ou bien entre [illegible] premiers boutons se montrent de franches pustules, offrant d'habitude les [illegible]sions des boutons de vaccine. Ces pustules ne sont pas ombiliquées... »

Si aucune cause ne vient troubler l'éruption, elle arrive à son apogée du cin[illegible]quième au sixième jour ; mais le plus souvent, pour une cause quelconque, [illegible] pustules s'ouvrent d'une manière prématurée ; il survient alors d'autres [illegible] supplémentaires qui prolongent la durée de tous les accidents ; mais une fois [illegible] vés à terme, que le pus soit évacué ou non, toutes les souffrances cessent, [illegible] que le *derme* soit *à nu* et les *surfaces ulcérées ;* les fileuses peuvent reprendre leurs occupations.

Telle est la seconde période, ou plutôt la *deuxième forme*, qui dure de quinze à dix-sept jours depuis l'invasion ; mais il est une *troisième forme* plus fâcheuse encore que la précédente. Dès que les pustules se développent, l'inflammation prend un plus haut caractère d'intensité. Toute la peau est altérée dans ses points compromis à l'entour ; le *tissu cellulaire sous-cutané est envahi*, le *gonflement* devient *énorme ;* il y a *déformation des doigts et de la main*, *tuméfaction œdémateuse* qui se prolonge au poignet, à l'avant-bras et même au bras ; endolorissement, *engorgement des vaisseaux lymphatiques*, et des glandes de l'aisselle. Dès le cinquième ou le sixième jour on voit apparaître de petits *phlegmons arrondis*, circonscrits pour l'ordinaire sous les pustules, et qui s'ouvrent du huitième au dixième jour.

Pendant cette période il se développe des *accidents généraux*, frissons, céphalalgie, insomnie, nausées, vomissements, etc. Dès que le pus s'est fait jour, les accidents cessent, et du dix-huitième au vingtième jour la guérison est parfaite.

Le *diagnostic* n'offre aucune difficulté ; et le *pronostic* a toujours été favorable.

1° *Traitement prophylactique.* — M. Potton ne doute pas que si dans l'opération de l'étouffage des cocons on parvenait non-seulement à *tuer*, mais à *dessécher en entier*, d'une manière immédiate, *toute la chrysalide*, on préviendrait peut-être les conséquences dangereuses que sa composition détermine à l'époque de la filature.

Les moyens prophylactiques qui ont le mieux réussi à M. Potton sont : les *bains*

ux, les *lotions fréquentes dans l'eau saturée d'alun* ou de *sulfate de cuiv* *oniacal;* mais il est peu d'ouvrières qui veulent s'y astreindre.

Traitement curatif. Première forme. — Quand les premiers symptômes app nt, il suffit de *faire suspendre le travail* pour voir la maladie avorter; m cidents reparaissent dès que l'ouvrière reprend ses occupations.

uxième forme. — « Ce qui prouve, dit M. Potton, que cette affection n' une inflammation ordinaire, c'est qu'à tous ses degrés les *antiphlogistiqu* *ollients* n'ont jamais réussi; au contraire, ils ont toujours exaspéré tômes. »

topiques calmants et les *narcotiques* n'ont pas mieux réussi. Les moye nt eu le plus de succès entre les mains de M. Potton sont les *toniques lége* *ains avec les décoctions de plantes aromatiques*, de *feuilles de noyer*, s, ou d'*écorce de chêne;* des *manuluves* avec le *miel rosat étendu d'ea* applications topiques avec des *solutions d'alun*, de *sulfate de fer*, de *sulf* *zinc.*

Un moyen réputé très efficace dans les fabriques des Cévennes, consiste d *lotions avec de l'urine* et des applications de compresses trempées dans ce ide.

Troisième forme. — Aux moyens employés dans le second degré, M. Potto uté avec avantage les *cataplasmes avec la camomille*, le *quinquina*, le *camph* and les pustules étaient ouvertes, il employait des pommades avec le *tann* *un*, l'*acétate de plomb;* des *cautérisations superficielles avec le nitr* *rgent.*

Les démangeaisons qui persistent pendant quelques jours ont été diminuées p s *bains*, les *embrocations avec les huiles*, les *baumes légèrement excitants.*

ARTICLE IV.

EMPOISONNEMENT PAR LES CANTHARIDES.

Signes de l'empoisonnement. — Saveur âcre, soif vive; douleurs violentes l'épigastre d'abord, puis dans tout le ventre; vomissements, selles souvent sangu nolentes; ardeur de la vessie et du canal de l'urèthre, strangurie, urine souve sanguinolente; parfois priapisme ou satyriasis. Fièvre, délire, convulsions, syncop coma.

Dans les matières des déjections, un examen attentif fait découvrir des *paillett* *vertes* ou *dorées*, *brillantes*, qui sont des fragments de cantharides.

Traitement. — *Exciter le vomissement par la titillation de la luette* et l'*e* *tiède.* Antiphlogistiques; *opium* à l'intérieur et à l'extérieur; frictions huileus *camphrées.* Dans les cas de collapsus, *excitants toniques* (1).

(1) Poumet, *Nouvelles recherches et expérimentations sur l'empoisonnement par les ca* *harides* (*Ann. d'hygiène publique et de méd. lég.*, Paris, 1842, t. XXVIII, p. 347 et suiv.

CHAPITRE II.

MALADIES COMMUNIQUÉES A L'HOMME PAR LES ANIMAUX MALAD

[Nous décrirons dans ce chapitre la *morve*, le *farcin* et les *maladies* c*h*
neuses, qui ont été récemment étudiées avec le plus grand soin par M. le
Bourgeois (d'Étampes) (1).]

ARTICLE Iᵉʳ.

MORVE, FARCIN.

La *morve* et le *farcin* sont deux affections de la même nature et toutes spé
qui n'ont été bien connues que dans ces dernières années, et qu'il importe
crire à part.

Suivant M. Ricord (2) et M. Beau (3), l'épidémie du XVᵉ siècle, qui e
au siége de Naples, serait un mélange des anciens maux vénériens avec la
Ce dernier auteur s'est fondé sur un passage d'un ouvrage de Lafosse sur la
des chevaux ; mais c'est à Waldinger qu'on rapporte la première observatio
transmission de la morve du cheval à l'homme (1810). En 1812, Lorin (4)
un fait qui prouva l'exactitude de cette assertion ; et depuis lors jusqu'en
on rapporta un certain nombre d'observations, tant en Allemagne qu'en Ital
Angleterre, qui ne laissent aucun doute à cet égard. En 1833, fut publié l
moire du docteur Elliotson (5), qui fit connaître quatre nouveaux cas de
aiguë ; puis parurent d'autres observations, et enfin, en 1837, M. Rayer (6
une description détaillée de cette affection. Depuis lors, il ne s'est pas pass
née où des faits semblables ne se soient présentés dans les hôpitaux, et nou
vu paraître sur ce sujet un bon nombre de travaux parmi lesquels nous c
ceux de MM. Vigla (7), Ambr. Tardieu (8), Monneret, Landouzy, et pl
autres que nous mentionnerons dans le cours de cet article.

ARTICLE II.

MORVE AIGUE.

La *morve aiguë* est celle qui, chez l'homme, se présente le plus souvent

(1) *Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin*. Paris, 1861.
(2) *Lettre sur la syphilis*. Paris, 1856.
(3) *Documents historiques sur l'opinion de M. Ricord, qui rattache l'épidémie du*
à la morve (*Union médicale*, 15 juin 1850).
(4) *Journal de méd. chir., et pharm.*
(5) *On the glanders in the human subject* (*Med.-chir. Transact.*, London, 1833,
p. 171).
(6) *De la morve et du farcin chez l'homme*. Paris, 1837, in-4 avec fig.
(7) Thèse. Paris, 1839.
(8) *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*. Paris, 1843.

ion, et dont les symptômes sont le plus violents. Nous en donnerons ption complète.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

donne le nom de *morve aiguë* à une affection fébrile, virulente, ne se dé mais spontanément chez l'homme, mais se transmettant du cheval à l'hon celui-ci à son semblable par inoculation, et, suivant quelques auteurs, ion. Un fait cité par M. Teissier (de Lyon), et que nous mentionnerons emblerait prouver qu'elle peut se développer *spontanément* chez l'hon te affection est caractérisée par une sécrétion particulière des narines, à le on a donné le nom de *jetage*, et par des altérations spéciales de la pe issu cellulaire.

tte maladie a été décrite sous les noms de *farcin*, de *jetage*, de *gland* s empruntés à la pathologie des animaux. MM. Cazenave et Schedel (1 ervent le nom d'*equinia*, que lui a donné le docteur Elliotson, et qui rap origine.

§ II. — Causes.

d'abord on a pu admettre que la morve se développe spontanément me, c'est qu'on ne possédait pas encore un assez grand nombre de faits vés; il est démontré que cette maladie ne peut se transmettre que par co La contagion s'opère, soit par *infection*, soit par *inoculation*. De toute s *prédisposantes* qu'on a citées, il n'en est aucune qui mérite d'être sign L'infection a lieu presque toujours du cheval à l'homme; les palefreniers retiers, ceux qui couchent dans les écuries et qui sont longtemps en co c les chevaux, sont le plus exposés à la contracter; mais quelquefois on l'a oduire chez des sujets qui étaient restés très peu de temps auprès des che des.

On a cité quelques cas d'*infection d'homme à homme*, chez des sujets qui ava gné des malades; celui qu'a rapporté A. Bérard (2) est le plus remarquable. dant l'élève qui avait contracté la morve avait pansé le malade, et avait aidé vement à l'autopsie; de sorte que, même dans ce cas, on peut se demander 'y avait pas inoculation.

La contagion par inoculation est la plus fréquente; il suffit d'une simple *é chure* chez les individus qui pansent les chevaux, pour que le virus s'introd dans l'économie. M. le docteur Carnevale-Arella (3) a rapporté un cas de m bien caractérisée observé chez un homme qui avait reçu au visage une gra quantité de liquide du jetage du cheval, et M. Mackensie (4) en a rapporté un à fait semblable. On a cité des cas dans lesquels l'action de *boire dans le même que les chevaux malades* a déterminé la morve; dans un cas, ce fut une mor à la joue; enfin, de quelques faits rapportés par Hamon (5), et dans lesquel

(1) *Traité des maladies de la peau.*
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, novembre 1841, t. VII, p. 182.
(3) *Giornale delle scienze med. di Torino*, t. XXIX.
(4) *London Journ. of med.*, septembre 1851.
(5) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, juin 1839, t. III, p. 990.

voit la morve se déclarer chez des carnassiers qui s'étaient nourris de viande de chevaux malades, on a conclu que la chair du cheval morveux pourrait produire cette maladie chez l'homme.

M. Duclos (1) a cité un cas très intéressant de morve aiguë chez une femme qui n'avait jamais été en contact avec les chevaux, et qui était *occupée à démêler des crins que l'on tord dans les abattoirs.* C'est sans doute à cette circonstance qu'est dû le développement de la maladie.

Quelquefois il est impossible de remonter à la cause occasionnelle; ainsi M. [illegible]sier (2), de Lyon, a recueilli une observation de ce genre chez une femme ouvrière en soie, et qui n'avait eu aucun contact direct ou indirect avec des chevaux ou des individus atteints de maladie. Rien dans ce fait ne peut faire supposer qu'il ne s'agisse pas dans ce cas d'une morve aiguë spontanée; le pus fut inoculé à un cheval qui succomba en dix jours.

§ III. — Symptômes.

Comme dans toutes les maladies développées par contagion, il y a dans la morve aiguë une période d'*incubation*; cette période a une durée qui n'est pas bien connue. Suivant quelques auteurs, lorsque la maladie est transmise par infection, elle peut se prolonger pendant une ou deux semaines et plus; dans les cas où elle se développe à la suite de l'inoculation, l'incubation varie de vingt-quatre ou trente-six heures à trois ou quatre jours.

Début. — Le début est différent suivant que la maladie s'est développée par infection ou par inoculation. *Dans le premier cas*, il y a du malaise, un brisement des membres plus ou moins marqué, un frisson intense et prolongé, ou bien des frissons erratiques, une prostration extrême, parfois des nausées et des vomissements, de la diarrhée, une céphalalgie ordinairement violente.

Lorsque la maladie est le résultat de l'inoculation, on voit presque constamment, pendant quelques jours, survenir les symptômes locaux suivants : rougeur, tension, douleur, aspect érysipélateux du point où a été appliqué le virus et des points environnants; s'il existait une plaie, les bords en sont blafards et fongueux; le pus est sanieux ; on trouve les signes d'une phlébite ou d'une lymphangite, avec engorgement des ganglions, avec suppuration du tissu cellulaire, etc. Quelquefois les symptômes généraux précédemment décrits se montrent presque en même temps que les symptômes locaux.

Dans un cas cité par M. Marchant (3), la maladie débuta comme une fièvre intermittente tierce.

Enfin, la plupart des cas de morve chronique se terminent par une morve aiguë, et alors celle-ci débute comme dans le cas de transmission par infection.

Symptômes de la maladie confirmée. — Les *douleurs* articulaires du début ne tardent pas à prendre une intensité considérable; elles ressemblent à celles du rhumatisme articulaire aigu, et se font sentir principalement dans les épaules, les coudes et les genoux. La douleur occupe un nombre d'articulations très va-

(1) *Journal de méd.*, juillet 1846.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 20 juillet 1852, t. XVII, p. 878.
(3) *Archives gén. de méd.*, 1839.

e. N'ayant quelquefois que le simple caractère d'un engourdissement, elle e
vive et déchirante chez certains sujets; dans quelques cas seulement, la do
s'accompagne de gonflement, de rougeur et de chaleur, comme dans le rhu
me articulaire aigu. Plus rarement on trouve dans la continuité des mem
, ou dans le tronc, des douleurs qui ressemblent à celles du rhumatism
culaire.

n des symptômes les plus remarquables est l'apparition de l'*érysipèle de* , ou plutôt d'une inflammation des parties molles de la face, occupant princ ment le nez, les yeux et les parties voisines, et consistant dans une rouge âtre ou livide, un gonflement des tissus, et un empâtement marqué. Les pa , envahies, sont gonflées, et la muqueuse palpébrale sécrète un liquide jaun et âcre. Il n'est pas rare de voir cet érysipède se propager au cuir chevelu.

ne inflammation semblable peut se montrer au niveau des articulations dans inuité des membres, ou sur une partie du tronc; elle est le prélude de la fo ion d'un *abcès* dans le tissu cellulaire sous-cutané; les abcès de ce genre se m tent principalement à la face, au niveau des articulations, vers le crâne, l'ai e, etc.

Quelquefois ces abcès sont extrêmement nombreux, et occupent non-seulem ssu cellulaire, mais l'épaisseur des muscles; ils se montrent alors dans les r s du corps les plus variées, et principalement aux mollets; le pus qu'ils co nent est de mauvaise nature, séreux, fétide, contenant parfois des bourbillo gréneux.

Des *pustules* de différentes formes apparaissent sur les diverses parties du cor commencent par de petites taches rouges, suivies d'une papule blanchâtre, ntôt après de la formation du pus. Ces pustules sont entourées d'une aréole ro parfois elles sont placées sur une tuméfaction rouge du derme, semblable à u que d'urticaire : les unes sont pointues, les autres aplaties; quelquefois u osse pustule est entourée d'un nombre plus ou moins considérable d'autres p es. Le pus qu'elles contiennent est jaunâtre, et quelquefois une certaine quant sang qui s'y mêle donne à la pustule un aspect violacé.

Ces pustules occupent principalement la face; mais on en voit parfois un gra nombre sur le tronc et sur les membres, et la maladie pourrait alors simuler c taines varioles; quelquefois elles sont presque confluentes.

Dans certains points, ce ne sont pas de simples pustules, mais bien des *phl tènes*, des *bulles* d'une étendue variable, pleines d'un liquide sanguinolent et n râtre; dans quelques cas, on a vu apparaître des espèces du tubercules rougeât semblables à des *nævi*, et qui se déchirent très promptement.

Des *eschares gangréneuses* se montrant sur les points occupés par l'inflamn tion érysipélateuse, ou sur d'autres parties de la peau, ou encore sur des muqu ses, sur des surfaces dénudées par des vésicatoires, sont encore des symptôn communs de la maladie. Quelquefois la gangrène envahit une grande étendue tissus.

Des *ulcérations* occupant soit la base des pustules, soit, ce qui est bien plus f quent, les surfaces muqueuses, et principalement les fosses nasales, le voile palais et le pharynx, ne tardent pas à s'ajouter aux symptômes locaux.

Une sensation de plénitude, quelquefois de chaleur, et d'une douleur vés

annonce le *coryza spécial* qui se rencontre dans cette maladie; bientôt le ... ment d'obstruction augmente, et l'on voit s'écouler par les deux narines, quel... fois par une seule, un liquide d'abord blanchâtre et visqueux, mêlé de q... stries de sang, puis purulent et jaunâtre : c'est ce qu'on a appelé le *jetage*... même temps le passage de l'air dans les fosses nasales est difficile. Parfois les ... rations, les eschares qui donnent lieu à ce jetage détruisent profondément les ... et l'on a vu la cloison du nez complétement perforée.

Du côté de la *bouche*, on trouve des ulcérations, des gangrènes semblables, ... tuméfaction des tissus, et un écoulement analogue à celui des fosses nasales. ... symptômes du même genre se montrent dans le pharynx, et l'on observe la tu... faction des ganglions sous-maxillaires. La *langue*, lorsque la maladie est inte... est quelquefois rétractée, dure, comme dans les fièvres graves, et présente ... ques pustules; au début, au contraire, elle reste molle, et n'offre qu'un ... enduit.

L'*appétit* est complétement perdu, la *soif* très vive; les *vomissements* sont ... Le *ventre*, normal au début, devient, dans quelques cas, météorisé, et plu... moins douloureux à la pression. Il existe, ordinairement dans les premiers ... de la *constipation;* mais vers la fin de la maladie il est ordinaire de voir sur... des *selles diarrhéiques* fétides, parfois involontaires.

Par suite des lésions qui occupent le pharynx et qui peuvent s'étendre à l'é... *glotte* et au *larynx*, la voix est souvent altérée, éteinte; quelquefois l'*haleine* ... très fétide. Il existe une *toux* sèche, avec *expectoration* muqueuse, sans carac... particulier; parfois les malades rejettent des crachats rouillés et sales. Quelque... seulement l'auscultation fait entendre un peu de *râle sibilant* ou *muqueux*; vers ... fin de la maladie, la *respiration* devient accélérée et laborieuse.

Le *pouls* est toujours fréquent; il le devient de plus en plus à mesure que ... maladie fait des progrès; sa fréquence varie de 120 à 150 pulsations, faibles et ... pressibles; il devient irrégulier et intermittent aux approches de la mort.

Nous avons dit plus haut qu'un certain nombre de malades présentaient des *épistaxis* au début; ces *hémorrhagies* peuvent se reproduire plus tard, et l'on en voit d'autres se montrer du côté de l'intestin ou dans les muscles.

A mesure que la maladie marche, la *prostration* fait des progrès sensibles, les malades sont frappés de crainte; leur sommeil est agité, ils ont des rêvasseries, et enfin un *délire* continu ou alternant avec le *coma*.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la morve aiguë paraît pendant trois ou quatre jours, quelquefois plus, assez lente; ce ne sont d'abord que des frissons, de la courbature et des douleurs; mais au bout de ce temps, surviennent les symptômes d'une fièvre violente, et peu après les signes locaux caractéristiques de l'affection. On a vu là trois périodes distinctes : la première a reçu le nom de *période rhumatismale*, la seconde celui de *période typhoïde*, et la troisième pourrait être désignée par celui de *période de la maladie confirmée*. On a cité quelques cas dans lesquels la première période aurait duré un mois, six semaines, et plus encore; mais il est pro-

le qu'en pareil cas la maladie avait débuté par un farcin chronique qui s'est sformé en morve aiguë.

a durée de la maladie, dans un certain nombre de cas de morve aiguë primi-, rassemblés par les auteurs du *Compendium de médecine*, a été de trois jours ngt-neuf. Tous les cas que nous connaissons ont eu une terminaison fatale, exception de deux seulement. Le premier a été observé par le docteur Carne--Arella (1) ; le second, par M. Mackensie (2). Dans les deux cas cités par ces mé-ins, le mode d'infection avait été le même.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les principales lésions, observables sur le vivant, sont les pustules, les bulles, les ercules, les ulcérations indiquées plus haut; l'épaississement, la suppuration du me; les abcès du tissu cellulaire et des muscles, abcès souvent nombreux, pou-t occuper presque toutes les parties du corps, et contenant ordinairement un de mauvaise nature; des traces d'inflammation des articulations, la dénudation; amollissement, la carie des os; l'injection de la muqueuse pituitaire, son épais-ement, son ramollissement, des ecchymoses dans son épaisseur ; des eschares ngréneuses, des pustules, des ulcérations, la destruction des tissus; des ions observées dans la bouche, des altérations semblables sur l'épiglotte et s le larynx ; des ecchymoses à la surface des poumons, des taches apoplectifor-s, des tumeurs formées par une substance jaune lardacée, des abcès parenchy-teux ; autour de ces lésions, le tissu des poumons sain ou congestionné, ou ra-lli; quelquefois des ulcérations dans le gros intestin (Landouzy) ; fréquemment congestion, le ramollissement, l'augmentation de volume de la rate. MM. Bur-ères et Vigla ont plusieurs fois rencontré une inflammation manifeste de quel-es veines. Le sang est tantôt coagulé, tantôt fluide ; dans un cas, MM. Nonat et uley ont cru y rencontrer la présence de globules purulents ; les ganglions lym-tiques, affectés pendant la vie, sont gonflés, mous et rougeâtres ; quelquefois présentent des points purulents. Les autres lésions signalées n'ont rien de istant.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Les pustules, les bulles, le coryza particulier, l'érysipèle, les douleurs articu-es, suffisent pour faire distinguer cette maladie de la *fièvre typhoïde*.

Un *érysipèle de la face*, n'occupant d'abord qu'un seul côté, avec écoulement il plus ou moins abondant, pourrait en imposer pour un cas de morve aiguë, sur-si, comme chez un sujet que nous avons observé récemment, il y avait en même ps une violente angine et des symptômes fébriles intenses ; mais l'absence des tules, des bulles et des tubercules dans d'autres parties du corps que celle qui occupée par l'érysipèle, et aussi l'absence des douleurs articulaires, des eschares gréneuses, feront éviter l'erreur.

Les mêmes signes ont servi à M. Vigla pour distinguer, de la maladie qui nous

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

[redacted]

occupe, une *phlébite de la face*, avec inflammation de l'orbite et des f
sales. L'absence des éruptions cutanées et des lésions des fosses nasales i
pas de confondre la morve aiguë avec la *résorption purulente*. Quant a
maladies mentionnées par quelques auteurs, il n'est pas nécessaire de les
ici, car l'erreur est impossible.

Le *pronostic* est grave, puisque jusqu'à présent, la maladie s'est pres
jours terminée par la mort.

§ VII. — Traitement.

Nous ne saurions insister sur un traitement qui non-seulement n'a pa
malades, mais même ne leur a procuré aucun soulagement ; on a mis t
en usage les vomitifs, les purgatifs, les sudorifiques, les toniques de tou
les narcotiques, les antispasmodiques, et l'on a conseillé le mercure à h
ainsi que le sulfate de quinine à dose croissante.

Dans le cas rapporté par M. Carnevale-Arella (1), le traitement consis
saignées en trois jours, en *cataplasmes émollients* autour du cou, en
huileux à l'intérieur et en quelques *narcotiques*. Dans le cas rapporté pa
kensie, ce médecin prescrivit immédiatement 2 grammes d'ipécacuanha
vomissement, 25 centigrammes toutes les heures de sesquicarbonate d'
que dissous dans le moins d'eau possible ; gargarisme avec le chlorure
alimentation substantielle, eau vineuse, opiacés le soir. Le malade sortit
tal après dix jours de traitement (2).

Mais je n'insiste pas davantage, car il est évident que c'est aux méde
des cas semblables, à chercher s'ils peuvent, par un moyen quelconqu
cette maladie. C'est seulement quand on aura atteint ce but qu'il sera
diquer le traitement le plus convenable pour les symptômes locaux, et e
lier pour les ulcérations et les eschares.

ARTICLE III.

MORVE CHRONIQUE.

Il est rare que la *morve chronique* soit une affection primitive. Ell
presque toujours au farcin, et, dans ce cas, on lui donne le nom de *mo*
neuse. Nous n'avons qu'un petit nombre de faits. Les deux principaux
à M. Tardieu (3), à qui nous empruntons la description suivante.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La morve chronique est une affection contagieuse, caractérisée princ
par des ulcérations particulières des fosses nasales et des voies aérifères,
leurs articulaires et musculaires, et des symptômes de cachexie. Cette m
rare chez l'homme.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) Voy. *Thèse*, p. 101 et suiv.

§ II. — Causes.

La seule *cause* de la morve chronique est la transmission de la morve ou du farcin des solipèdes à l'homme.

§ III. — Symptômes.

Cette affection est presque toujours précédée du farcin chronique. Le *début* est différent, suivant qu'il en est ainsi ou qu'elle se montre primitivement.

Lorsque la morve chronique succède au farcin, on voit, au bout d'un temps variable, survenir des symptômes, du côté des fosses nasales, qui annoncent l'apparition de la nouvelle maladie. *Lorsqu'elle se produit d'emblée*, le malade, après avoir ressenti du malaise, de la fatigue, de l'affaiblissement, des douleurs très vives dans les membres et les articulations, et quelquefois une *pleurodynie* excessivement pénible, est pris successivement, ou en même temps, de toux et de mal de gorge, puis d'un enchifrènement très gênant.

Symptômes de la maladie confirmée. — « Dans les deux cas, dit M. Tardieu, le mal de gorge ou la toux paraissent ordinairement avant la gêne des fosses nasales. Une *douleur* se fait sentir *dans la trachée*, il y a comme étranglement ; la voix s'altère et peut même s'éteindre. Ce symptôme disparaît du reste quelquefois pendant un certain temps. La *toux* s'accompagne de dyspnée et d'une *expectoration* plus ou moins abondante, qui manquent souvent. Ces troubles de fonctions respiratoires ne sont pas toujours bornés ainsi : une véritable bronchite capillaire, une pneumonie même, peuvent survenir dans le cours de la morve chronique, et donner lieu à des phénomènes réactionnels assez aigus. Le malade se plaint bientôt d'un *enchifrènement* qu'il est facile de reconnaître à ses reniflements continuels ; les *narines* semblent bouchées et donnent difficilement passage à l'air ; cette obstruction est souvent *le seul signe* qui existe ; il est rare qu'il s'y joigne de la douleur ; pourtant quelques malades indiquent une douleur sourde et profonde à la racine du nez, entre les deux yeux, et qui s'étend jusque dans les sinus. Ils mouchent de temps en temps du sang qui vient par caillots ; quelquefois des croûtes qui se détachent difficilement, ou bien simplement un mucus puriforme grisâtre, dont la quantité peut aller jusqu'à constituer, dans des cas très rares, un véritable jetage. Il se peut alors qu'en examinant les fosses nasales, on aperçoive quelques ulcérations dont on peut suivre le développement, ou qu'en introduisant un stylet on sente des inégalités ou même une *perforation de la cloison*. Dans la cavité buccale, le même examen peut faire reconnaître l'existence, soit à la voûte palatine, soit au fond du pharynx, d'ulcères qu'on peut seulement soupçonner dans le larynx et la trachée. L'auscultation et la percussion ne donnent pas toujours des signes bien positifs, alors même qu'il y a de la toux ; mais, dans le cas de bronchite et de pneumonie, ceux qu'elles fournissent ont toute leur valeur ordinaire. Il est extrêmement rare que l'on observe l'engorgement des ganglions sous-maxillaires ; la peau n'est le siége d'aucune éruption, mais on a vu quelquefois des œdèmes survenir, surtout aux pieds et à la partie inférieure des jambes. A ce cortége d'accidents spéciaux vient s'ajouter l'ensemble des symptômes généraux qui se rencontrent également dans le farcin : les *douleurs articulaires et mus-*

[redacted]

culaires, la *diarrhée*, les *nausées*, la *fièvre* avec ses frissons et s irréguliers; les *sueurs* alternant avec la sécheresse de la peau, le tei terreux, l'amaigrissement, l'épuisement, l'insomnie et tous les signes *chexie* profonde. »

Dans un nombre de cas qui, suivant M. Tardieu (page 103), peu considérable, on peut ne voir, pendant toute la durée de la maladie, q ptômes du farcin, et cependant on trouve à l'autopsie des lésions des fo qui prouvent que la morve est venue s'y joindre.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la morve chronique est lente et continue ; la *durée* (sieurs mois; et même quand la maladie ne s'accompagne pas de farcin se prolonger plusieurs années (cinq ou six ans). La *terminaison* est l n'existe qu'un seul cas peu concluant qui pourrait faire admettre la po la guérison; il est dû au docteur Elliotson. La mort survient ordinaire lenteur et dans le marasme ; dans quelques cas, seulement, l'affectio forme en morve aiguë promptement mortelle (Vigla, Tardieu).

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* principales sont le gonflement, l'épaississen dérable de la pituitaire ; sa couleur violacée ; des abcès sous-muqueux ; rations profondes, quelquefois détruisant les cartilages et les os, et p cloison : des ulcérations semblables à la voûte palatine, à la base de la la le pharynx, dans le larynx, dans la trachée et même dans les bronches derniers points, les ulcérations sont ordinairement très étendues. On tr dans la trachée des cicatrices irrégulières, bridées, déformant l'orga quefois on voit les ganglions bronchiques gonflés et suppurés. Des e des points purulents peuvent se montrer dans les poumons. Enfin morve farcineuse on voit dans différentes parties du corps, sous la pea muscles, dans les ganglions, des *abcès* qui existent souvent avec carie des os.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous ne connaissons guère que la *syphilis constitutionnelle* qui p confondue avec la morve chronique. La forme des ulcérations à bord pic, la promptitude avec laquelle les os du nez sont détruits, la nature nique des ulcérations pharyngiennes, la fétidité de l'écoulement purule syphilis, sont les principaux points sur lesquels s'établira le diagnostic, circonstances, comme l'existence des syphilides et les renseignements faire défaut.

Ce que nous avons dit plus haut de la terminaison suffit pour montre le pronostic est grave.

§ VII. — Traitement.

Le mauvais résulat des moyens employés inspire peu de confiance ; c'est pourquoi nous nous bornerons à dire qu'on a conseillé l'iode, l'iodure de potassium, le mercure, les eaux sulfureuses, les toniques ; la *cautérisation des ulcères*, les *injections iodées* ou toniques dans les abcès ; l'injection de la *créosote* dans les fosses nasales (2 gouttes pour 2 grammes d'eau), et par-dessus tout de bonnes conditions hygiéniques.

Extrait d'aconit. — M. Decaisne rapporte (1) dans les *Archives de médecine belge*, deux faits qui établissent l'utilité de lextrait d'aconit administré à dose successivement croissante de 5 à 75 centigrammes dans les cas de farcin chronique.

« On pourrait répéter utilement ces expériences sur des chevaux farcinés en employant la racine fraîche d'aconit. »

M. Hamoir (2) cite également deux observations dans lesquelles ce médicament a amené rapidement la guérison. C'est donc un moyen qu'il sera bon de soumettre à de nouvelles expériences et d'appliquer à la morve chronique.

Il est à peine nécessaire d'indiquer les précautions *prophylactiques.* Les principales sont de ne pas toucher les chevaux morveux ou farcineux avec les doigts écorchés, et de ne pas coucher dans leurs écuries.

ARTICLE IV.

FARCIN AIGU.

Cette affection, due à la même cause que la morve aiguë, n'en diffère que par l'*absence des lésions* des fosses nasales. Dans un seul cas, M. A. Tardieu a vu un léger suintement par les narines.

On a cité (Hertwick, Lorin) quelques cas de *terminaison heureuse* du farcin aigu ; mais d'après les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette affection, ces faits ne présentent pas une assez grande certitude sous le rapport du diagnostic.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la morve aiguë, et, selon toutes les apparences, ne produit pas de meilleurs résultats.

ARTICLE V.

FARCIN CHRONIQUE.

Ce qui fait différer le farcin chronique de la morve chronique qui se produit d'emblée, c'est, dans quelques cas, un *début* assez rapide, et une fièvre assez forte à l'apparition du premier abcès ; la production de *tumeurs* douloureuses promptement fluctuantes dans la majorité des cas, quelquefois se résorbant ou disparaissant pour se porter vers d'autres points ; la cicatrisation des abcès, suivie, au bout d'un temps plus ou moins long, de nouvelles tumeurs ; l'*absence des lésions des*

(1) *Union médicale*, 25 novembre 1852.
(2) *Archives de méd. milit. belge*, et *Union médicale*, 10 février 1853.

fosses nasales, et enfin la mort avec des symptômes fébriles plus ou moins m
qués et dans un marasme extrême.

On a cité quelques cas de guérison du farcin chronique. M. A. Tardieu
trouve six sur vingt-deux qu'il cite; mais plusieurs ne lui inspirent pas gra
confiance. M. Monneret (1) en a rapporté un cas.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la morve chronique, et il est impossi
de savoir s'il a été pour quelque chose dans les cas de guérison qu'on a cités. No
nous bornons donc à rappeler l'emploi de l'*extrait d'aconit à haute dose* préco
par MM. Decaisne et Hamoir.

ARTICLE VI.

RAGE.

On pense que la rage n'était pas inconnue aux Grecs; mais le fait n'est pas
certain. Depuis Cælius Aurelianus, il n'est pas de traité de pathologie qui n'ait
article consacré à cette maladie. Parmi les ouvrages les plus renommés dans
temps modernes, nous citerons celui d'Énaux et Chaussier (2), et parmi les p
intéressants documents, les rapports au comité consultatif d'hygiène publique
les cas de rage observés en France pendant les années 1850 à 1858 (3).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *rage* est une affection générale produite par la communication d'un virus
se développe chez certains animaux, et caractérisée par des symptômes nerv
spéciaux.

Cette affection a été décrite sous les noms d'*hydrophobie*, *hydrophobie rabiq*
tétanos rabien, *rabies canina*, *lyssa canina*.

§ II. — Causes.

Une seule cause produit la rage : c'est l'*introduction du virus rabique d*
l'économie. Le virus rabique se développe chez les animaux des genres *Canis*
Felis, tels que le chien, le loup, le renard, le chat; ces animaux peuvent tra
mettre la rage à tous les autres. Il n'est pas parfaitement démontré que ces d
niers puissent la communiquer à l'homme; cependant les expériences de G. Br
chet ont prouvé qu'à l'aide de la bave d'un animal enragé, on peut transmettr
maladie des carnivores aux herbivores, et réciproquement. D'après d'autres ex
riences, les herbivores communiquent moins facilement la rage que les autres.

La rage est due à un *virus* connu seulement par ses effets et qui réside dan
bave. Les autres liquides de l'économie ne paraissent pas susceptibles de tr
mettre la maladie. Pour produire la rage, le *virus doit être inoculé;* les faits c
pour prouver que la maladie s'est communiquée par des embrassements, des
touchements, etc., ne sont pas concluants.

M. le docteur Putégnat (de Lunéville) (4) a observé un cas de rage mor

(1) *Gazette médicale*, 1843.
(2) *Méthode de traiter la morsure des animaux et de la vipère*. Dijon, 1785.
(3) *Annales d'hygiène publique*, 2e série, T. I et XIII.
(4) *Journal de méd. de Bruxelles*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, mars 1845.

niquée à un enfant par la morsure d'un chien qui n'était pas enragé, m
ent furieux. On ne peut nier l'exactitude du fait; mais n'était-ce pas là u
hydrophobies non rabiques causées par la frayeur, et dont nous avons c
des exemples (1).

§ III. — Symptômes.

age est une maladie toujours identique avec elle-même; une certaine varia
les principaux symptômes ne suffit pas pour autoriser les divisions qu'
posées.

ubation. — Nous ne connaissons pas les limites extrêmes de l'incubation
e; ce qu'il y a de plus certain, c'est que la maladie, dans le plus grand nom
s, se développe du trentième au quarantième jour; que néanmoins elle p
nifester plus tôt ou plus tard; mais que les cas dans lesquels, suivant c
relations, elle aurait apparu quelques heures après la morsure, ou au co
plusieurs années après, ne présentent pas les garanties nécessaires pour i
la confiance.

rodromes. — Tous les auteurs ont signalé parmi les prodromes de la r
ns phénomènes qui se passent du côté de la morsure, tels que des picot
ts, des douleurs plus ou moins vives, et quelquefois même l'ouverture de
trice, ou simplement la tuméfaction de ses bords. On a cité un certain nom
its qui prouvent que ces assertions ne sont pas dénuées de tout fondeme
il faudrait bien se garder de croire que les phénomènes qui viennent d'ê
iqués se manifestent constamment; il résulte, au contraire, de l'étude des f
n observés, qu'ils n'ont lieu que dans la minorité des cas.

Les prodromes qui se manifestent le plus souvent sont : l'inquiétude, la triste
céphalalgie, une agitation plus ou moins grande, des secousses spasmodiqu
elques pandiculations et des frissonnements; parfois des nausées, des vomis
ents, de la constipation.

Symptômes de la maladie confirmée. —Le symptôme principal de cette péri
t l'*horreur des liquides:* dès qu'on en présente un au malade, il éprouve u
xiété extrême, un sentiment de constriction à la gorge et de suffocation;
rvient à surmonter assez cette aversion pour boire quelques gouttes, dès qu'el
arviennent au pharynx, la constriction de la gorge devient extrême, la suffocati
augmente, la face exprime la terreur, le malade repousse ou jette le vase, et tom
souvent en convulsions; la même chose arrive, quoiqu'on ait caché au malade
vue du liquide.

Dans un certain nombre de cas, l'horreur des liquides est *complète*, c'est-à-d
que les malades ne peuvent boire d'aucun liquide, quel qu'il soit; d'autres fois e
est *incomplète*, et alors le malade peut boire, soit du vin, soit du bouillon, soit
la bière, etc. ; mais il est remarquable que l'eau inspire toujours de l'horreur
moins qu'on ne la donne d'une manière particulière, comme en l'exprimant a
une mie de pain dans la bouche, et c'est seulement dans quelques cas partic
liers.

La *vue* est péniblement affectée par les corps brillants; l'aspect d'un miroir, d

(1) Voy. article *Hydrophobie.*

verre, d'un corps métallique, suffit pour causer aux malades une grande an... un sentiment d'effroi ; une vive lumière n'est pas supportée. *Les autres sens* ... pas moins troublés : ainsi un bruit subit et inattendu occasionne des convuls... e contact des corps métalliques, un simple courant d'air, l'agitation que pro... une personne en passant auprès du lit, suffisent pour produire le même effet.

Il y a en même temps une grande *exaltation* chez les malades ; ils sont ani... ont la parole brusque, les idées incohérentes ; un grand nombre ont du *délire* des *hallucinations*. Chez quelques-uns le délire est furieux, et ce sont ceux-là ... mordent ou qui cherchent à mordre ; mais cela n'a lieu que dans la minorité ... cas, contrairement aux idées vulgaires ; il est au contraire un certain nombre ... sujets qui sont extrêmement affectueux et qui parlent sans cesse avec attendris... ment ; en un mot, le délire est très variable. Chez certains hommes on a vu se dé... clarer le *satyriasis*, et chez certaines femmes la *nymphomanie*.

Vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie, la *constriction phary... gienne* devient plus forte, et alors on voit se produire ces phénomènes d'*expui... convulsive*, qui donnent une physionomie si particulière à la maladie. A cha... instant les malades, comme s'ils sentaient un obstacle dans le pharynx, rejett... par des efforts violents, une *salive*, une *bave* écumeuse qu'ils envoient quelque... fort loin ; c'est ce qu'on a appelé la *bave rabique*. Ce n'est que dans le délire q... les malades cherchent à cracher sur les personnes qui les entourent.

D'après quelques auteurs, on trouve à la face inférieure de la langue quelq... *vésicules* auxquelles on a donné le nom de *lysses*. Suivant M. Magistel (1), elles ... la forme et la grosseur d'une lentille et une couleur d'un blanc brunâtre. M. Mar... chetti les a vues apparaître du troisième au neuvième jour. Les autres médeci... qui ont observé soit sur l'homme, soit sur les animaux, n'ont rien vu de sembla... ble, en sorte que l'existence de cette lésion est très douteuse.

A cette époque, la respiration s'embarrasse de plus en plus ; il y a une constric... tion pénible et douloureuse dans l'épigastre et dans la poitrine ; plusieurs ma... lades ont du *hoquet*, tous une *soif* très vive, l'*appétit* complétement perdu, de ... *constipation* ; le regard est fixe et hagard, les pupilles sont dilatées ; c'est alo... surtout que surviennent les *accès convulsifs* auxquels on a donné le nom d'*accès rabiques*.

Accès rabique. — A des intervalles plus ou moins éloignés, soit spontanément, soit sous l'influence des causes énumérées plus haut (vue d'un liquide, courant d'air, bruit subit, etc.), un *tremblement* parcourt tout le corps ; les muscles des membres, du tronc et de la face sont agités de *mouvements saccadés* ; quelquefois les convulsions sont semblables à celles du tétanos, et quelquefois aussi les malades acquièrent une force extraordinaire et brisent les liens avec lesquels on a dû les attacher. Ces accès sont courts et vont toujours en se rapprochant jusqu'à la fin de la maladie.

Enfin tous les symptômes vont en augmentant ; l'*oppression* devient extrême ; le *pouls* est petit, serré et fréquent, et le malade succombe sans agonie par ... asphyxie, et dans un moment de calme, à peu près comme dans les cas d'*œdème de la glotte*.

(1) *Mémoire sur l'hydrophobie.* (...

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est rapide et toujours croissante, les accès seulement nt plus ou moins forts chez les divers individus. La *durée* des symptômes, aux-els on a donné le nom de *prodromes*, est de deux ou trois jours ; celle de la aladie confirmée est de deux à quatre jours. La *terminaison* a lieu constamment r la mort.

§ V. — Lésions anatomiques.

Malgré toutes les recherches que l'on a pu faire, on n'a trouvé aucune lésion atomique propre à cette affection ; un peu de congestion des centres nerveux, e à l'asphyxie, l'emphysème des poumons, la rougeur des muqueuses, la stase sang dans les vaisseaux, quelquefois un peu de gonflement des papilles de la e du pharynx et du larynx, telles sont les seules lésions signalées, lésions qui nous apprennent rien sur la nature de la maladie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Ce n'est qu'avec l'*hydrophobie non rabique* qu'on pourrait confondre la rage. us ne reviendrons pas ici sur ce diagnostic (1).

§ VII. — Traitement.

Ce que nous avons dit de la terminaison constamment funeste de la rage con-mée nous dispense nécessairement d'entrer dans de grands développements rela-ement au traitement curatif : il n'en est pas de même du traitement préservatif, i, dans l'état actuel de la science, a seul une importance réelle.

1° *Traitement curatif.* — Pour combattre la rage déclarée, on a mis en usage e multitude de médicaments, parmi lesquels nous citerons les émissions sanguines ondantes, les narcotiques, les antispasmodiques, les mercuriaux, l'arsenic, le itrate d'argent, l'ammoniaque, etc., etc. Ces médicaments ont été administrés à s doses souvent énormes, mais il n'est pas un fait qui prouve qu'ils aient eu une ion réelle dans un cas de rage bien évident. Il en a été de même de l'acide prus-ue, des cantharides, de l'électricité, des émétiques, et même de la morsure de la vipère. Dans ces dernières années, on a tenté des *injections dans les veines*, soit u pure à la température de 30 degrés centigrades, et à la dose de 7 à 800 gram-s dans l'espace de dix ou douze minutes (Magendie) ; soit d'eau chargée de ances médicamenteuses, telles que l'opium, le camphre et le musc ; mais tous ais ont complétement échoué.

chet-d'Héricourt a présenté à l'Académie de médecine (2) une racine qu'il l'Abyssinie, et par laquelle on traite l'hydrophobie dans ce pays. effets éméto-cathartiques. Ce moyen, ayant été récemment essayé,

, 1849, t. XV, p. 212.

La multitude des remèdes populaires employés contre la rage n'a … concluant en leur faveur. C'est donc à l'expérimentation à découvrir le … curatif de cette maladie, si la chose est possible.

2° *Traitement préservatif.* — La première indication, c'est de s'oppo… pénétration du virus dans l'économie. Il importe, par conséquent, d'agir … tôt possible. Pour cela, les deux principaux moyens sont la cautérisation e… putation; mais, si l'on n'avait pas sous la main immédiatement tout ce qu'… pour pratiquer la cautérisation, on devrait, en attendant, *faire couler le …* la pression, par la succion, ou à l'aide d'une ventouse, et laver fréquem… plaie dans toute sa profondeur.

Si la morsure a été faite sur une partie de faible volume, comme les doi… si elle est considérable, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'*amputation.* Qu… médecins ont proposé même l'amputation des membres dans les cas de mor… profondes; mais on s'accorde généralement à donner l'avantage à la cautéris… qui, si elle est bien faite, remplit le même but, et ne met pas en danger la v… malades.

Cautérisation. — De tous les modes de *cautérisation*, celui qu'on pratique … le *fer rouge* est préféré : il faut la faire assez profonde pour que tous les points … lesquels la bave a pu pénétrer soient fortement atteints.

Les autres *caustiques* mis en usage sont : le chlorure d'antimoine, la p… caustique, le caustique de Vienne, le nitrate acide de mercure, les acides, la ch… vive.

Vingt-trois individus ayant été mordus par une louve enragée, M. le doc… Chabanon (1) cautérisa les plaies avec l'*acide sulfurique concentré.* Chez sei… ces blessés, aucun phénomène de rage ne se manifesta, si ce n'est chez un … atteint de nombreuses blessures à la face, et chez lequel la cautérisation n'… pu être complète.

Avant d'appliquer le fer rouge ou le caustique, on fait saigner la plaie, … nettoie, et, si l'on ne peut faire pénétrer assez profondément l'agent cautéris… on pratique le débridement. Dans le cas où la plaie serait cicatrisée en tout … partie, lorsqu'on apprend que l'animal est malade, il ne faut pas hésiter à la r… et à la cautériser, comme il vient d'être dit. Dans les deux cas, après la cau… sation, il est bon d'entretenir la suppuration pendant assez longtemps.

Les médecins qui ont regardé les vésicules de la langue comme les sign… la rage ont recommandé de les cautériser; mais nous savons que ces lésions … pas été retrouvées par les autres observateurs.

Rien ne peut remplacer les moyens que nous venons d'indiquer; c'est pour… nous n'insisterons ni sur la ligature des membres, ni sur les vésicatoires, les sé… les cautères, ni sur les remèdes internes comme les mercuriaux, les acides m… raux, la sabine, etc., qui n'ont pas plus de val… …e moyens préservatifs comme moyens curatifs.

Quant aux nombreux p… …ifiques, … …licité des cas de … a fait éclore dans ces der… … sont … M. Bouchard… terminant son rapport à l'… …uelqu… … preuves, d…

(1) *Bulletin de l'Acad.* … XVIII.
(2) *Ibid.*, p. 6.

ıppartenant à l'enfance de la pharmacologie, qui toutes ont été publiées, ıt tombées dans l'oubli, et qui n'inspirent de la confiance que parce qu'on loie mystérieusement. »

ıédecin ajoute : « Si dans quelques cas ces remèdes ont pu être utiles en le moral des *croyants*, ils ont été nuisibles la plupart du temps, en retar- en empêchant l'usage de moyens rationnels. »

ARTICLE VII.

MALADIES CHARBONNEUSES.

peut appeler *maladies charbonneuses*, des maladies qui se développent d'em- r épidémie chez les animaux, et secondairement par voie de contagion ıomme, de nature virulente inflammatoire, gangréneuse, caractérisées par mptômes généraux, tantôt primitifs, tantôt consécutifs, d'intoxication de mie, et localement par le développement de vésicules et d'œdèmes, bientôt ıagnés de plaques gangréneuses.

sion. — Avec Chabert(1) on a distingué trois formes de maladies charbon- des animaux ; on les désigne, d'après leur ordre de fréquence, sous les uivants :

'*ièvre charbonneuse*, ou charbon interne, maladie de sang, sang de rate.

'*harbon symptomatique*, ou charbon externe consécutif.

'*harbon essentiel* ou *idiopathique*, ou charbon externe primitif.

division peut s'appliquer à l'homme dans les termes suivants :

a *pustule maligne* (charbon idiopathique ou externe primitif, auquel il faut ır l'*œdème charbonneux*).

a *fièvre charbonneuse* et le *charbon symptomatique* (charbon malin spon- :terne, consécutif).

remière de ces formes est la plus commune ; la seconde est très rare.]

ARTICLE VIII.

MALADIES CHARBONNEUSES CHEZ L'HOMME.

PUSTULE MALIGNE ET ŒDÈME CHARBONNEUX.

s ferons parallèlement ressortir les caractères communs et distinctifs de ces ıpèces d'un même genre.

— Définition, synonymie, fréquence.

naligne est une maladie virulente inflammatoire, gan- risée d'abord par l'apparition sur la peau, sans autre

culaires, la *diarrhée*, les *nausées*, la *fièvre* avec ses frissons et ses retours irréguliers ; les *sueurs* alternant avec la sécheresse de la peau, le teint jaune et terreux, l'amaigrissement, l'épuisement, l'insomnie et tous les signes d'une cachexie profonde. »

Dans un nombre de cas qui, suivant M. Tardieu (page 103), peut être assez considérable, on peut ne voir, pendant toute la durée de la maladie, que les symptômes du farcin, et cependant on trouve à l'autopsie des lésions des fosses nasales qui prouvent que la morve est venue s'y joindre.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la morve chronique est lente et continue ; la *durée* est de plusieurs mois ; et même quand la maladie ne s'accompagne pas de farcin, elle peut se prolonger plusieurs années (cinq ou six ans). La *terminaison* est la mort. Il n'existe qu'un seul cas peu concluant qui pourrait faire admettre la possibilité de la guérison ; il est dû au docteur Elliotson. La mort survient ordinairement avec lenteur et dans le marasme ; dans quelques cas, seulement, l'affection se transforme en morve aiguë promptement mortelle (Vigla, Tardieu).

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* principales sont le gonflement, l'épaississement considérable de la pituitaire ; sa couleur violacée ; des abcès sous-muqueux ; des ulcérations profondes, quelquefois détruisant les cartilages et les os, et perforant la cloison : des ulcérations semblables à la voûte palatine, à la base de la langue, dans le pharynx, dans le larynx, dans la trachée et même dans les bronches. Dans ces derniers points, les ulcérations sont ordinairement très étendues. On trouve aussi dans la trachée des cicatrices irrégulières, bridées, déformant l'organe ; quelquefois on voit les ganglions bronchiques gonflés et suppurés. Des ecchymoses, des points purulents peuvent se montrer dans les poumons. Enfin, dans la morve farcineuse on voit dans différentes parties du corps, sous la peau, dans les muscles, dans les ganglions, des *abcès* qui existent souvent avec carie et nécrose des os.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous ne connaissons guère que la *syphilis constitutionnelle* qui puisse être confondue avec la morve chronique. La forme des ulcérations à bords taillés à pic, la promptitude avec laquelle les os du nez sont détruits, la nature phagédénique des ulcérations pharyngiennes, la fétidité de l'écoulement purulent dans la syphilis, sont les principaux points sur lesquels s'établira le diagnostic, si d'autres circonstances, comme l'existence des syphilides et les renseignements venaient à faire défaut.

Ce que nous avons dit plus haut de la terminaison suffit pour montrer combien le pronostic est grave.

§ VII. — Traitement.

Le mauvais résulat des moyens employés inspire peu de confiance ; c'est pour-oi nous nous bornerons à dire qu'on a conseillé l'iode, l'iodure de potassium, le ercure, les eaux sulfureuses, les toniques ; la *cautérisation des ulcères*, les *injec-ns iodées* ou toniques dans les abcès ; l'injection de la *créosote* dans les fosses sales (2 gouttes pour 2 grammes d'eau), et par-dessus tout de bonnes conditions giéniques.

Extrait d'aconit. — M. Decaisne rapporte (1) dans les *Archives de médecine ge*, deux faits qui établissent l'utilité de lextrait d'aconit administré à dose suc-ssivement croissante de 5 à 75 centigrammes dans les cas de farcin chro-que.

« On pourrait répéter utilement ces expériences sur des chevaux farcinés en ployant la racine fraîche d'aconit. »

M. Hamoir (2) cite également deux observations dans lesquelles ce médicament amené rapidement la guérison. C'est donc un moyen qu'il sera bon de soumettre de nouvelles expériences et d'appliquer à la morve chronique.

Il est à peine nécessaire d'indiquer les précautions *prophylactiques*. Les princi-les sont de ne pas toucher les chevaux morveux ou farcineux avec les doigts orchés, et de ne pas coucher dans leurs écuries.

ARTICLE IV.

FARCIN AIGU.

Cette affection, due à la même cause que la morve aiguë, n'en diffère que par *bsence des lésions* des fosses nasales. Dans un seul cas, M. A. Tardieu a vu un ger suintement par les narines.

On a cité (Hertwick, Lorin) quelques cas de *terminaison heureuse* du farcin gu ; mais d'après les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette affec-ion, ces faits ne présentent pas une assez grande certitude sous le rapport du iagnostic.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la morve aiguë, et, selon toutes les ap-arences, ne produit pas de meilleurs résultats.

ARTICLE V.

FARCIN CHRONIQUE.

Ce qui fait différer le farcin chronique de la morve chronique qui se produit emblée, c'est, dans quelques cas, un *début* assez rapide, et une fièvre assez forte l'apparition du premier abcès ; la production de *tumeurs* douloureuses prompte-ent fluctuantes dans la majorité des cas, quelquefois se résorbant ou disparais-nt pour se porter vers d'autres points ; la cicatrisation des abcès, suivie, au bout un temps plus ou moins long, de nouvelles tumeurs ; l'*absence des lésions des*

(1) *Union médicale*, 25 novembre 1852.
(2) *Archives de méd. milit. belge*, et *Union médicale*, 10 février 1853.

[redacted] [redacted]

La communication de la pustule maligne ne peut s'opérer chez l'homme par l'in-gestion des viandes provenant d'animaux malades. — Et cela, quand même ceux qui dépècent ces animaux pouvaient être atteints de la pustule maligne. Cependant les observations à ce sujet ne sont pas assez formelles pour ne pas conseiller de conserver, avant de résoudre définitivement cette question, toutes les mesures de prudence aux comités d'hygiène publique.

Toutes les parties des animaux atteints de pustule maligne sont capables de donner naissance à la pustule maligne chez l'homme. Tous les liquides physiolo-giques ou pathologiques, les substances étrangères aux animaux, mais qui sont imprégnées de leurs émanations (comme les vêtements d'une personne en rapport avec les dépouilles des animaux, comme les bois, les pierres voisines des bergeries), peuvent être des agents de transmission.

Les *insectes*, les *mouches*, et surtout certaine espèce de mouche, qui *porterait en elle le virus inoculé*, ne sont donc pas, par leurs piqûres, la cause constante de la pustule maligne.

Aucun insecte ne sécrète le virus charbonneux. Les pattes et la trompe des mouches en sont les moyens de transport les plus communs. Ces mouches se sont donc reposées sur des cadavres charbonneux. De là résulte l'obligation d'enfouir profondément les animaux morts du charbon.

La peau seule peut être le siége de la pustule maligne. — Cependant M. J. Bour-geois, d'Étampes (1), pense que le virus peut être absorbé par les muqueuses con-jonctivales et labiales, mais elles ne sont pas aptes à l'évolution de la pustule ma-ligne elle-même, elles le sont seulement au développement de l'œdème malin.

La contagion aérienne est-elle possible pour l'homme comme pour les ani-maux? — Rien ne le prouve jusqu'ici. L'œdème malin qui se développe sans pustule, ferait croire moins à une inoculation directe qu'à une contagion à distance, mais l'opinion générale est celle-ci. Dans tous les cas obscurs par leur étiologie, il est toujours permis de penser que le mode d'inoculation a échappé.

On peut avoir plusieurs fois la pustule maligne, sans nier toutefois l'*im-munité* constante de certains ouvriers vieillis impunément au milieu de la con-tagion.

La pustule maligne produite par l'inoculation de la vraie peste de la race bovine protége-t-elle de la fièvre jaune, de la peste orientale et de la fièvre typhoïde? — Telle est la question à résoudre, posée par une société savante d'Alle-magne.

§ III. — Symptômes.

Symptômes locaux. — Une *tache* signale le début, elle échappe au malade, et plus encore au médecin. Elle ressemble à une piqûre de puce, d'où le nom de *puce maligne;* elle s'élève peu au-dessus du niveau de la peau, sa couleur est vio-lacée, une démangeaison constante l'accompagne.

Ensuite paraît presque toujours une *vésicule*, qui est le plus souvent déchirée par les ongles du malade sollicité par une démangeaison très vive. Elle est dépri-mée, un peu ombiliquée; son volume est celui d'une demi-graine de chènevis

(1) *Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin.* Paris, 1861.

tard son desséchement s'applique sur la surface de l'eschare, et formera autour ılle-ci une zone épidermique. La vésicule repose sur un fond rouge. Elle est ıme originelle de la pustule maligne; cependant celle-ci débute quelquefois *ne papule, un tubercule.* C'est un bouton plein, gros comme la moitié d'un pois; il est rose ou rouge sombre; il se gangrène vite et s'enfonce; le tuber-est rare. Une seule fois M. Bourgeois a vu la vésicule initiale avec son liquide et grisâtre remplacée par une *bulle*, bulle tendue, d'un jaune ambré.

e *eschare* se développe bientôt sous la vésicule desséchée; elle est le caractère ctif de la maladie; sa couleur est jaune, puis brune, puis noire; elle est dure e sous le bistouri dont la pointe la gratte. Sa forme est arrondie ou à peine ılière; ordinairement lisse, elle est mince aux bords; sa largeur varie quelques millimètres et 2 ou 3 centimètres. Quelquefois il survient des *res secondaires;* celles-ci sont dues à la mortification des téguments voisins, onfluence de plusieurs vésicules; elles sont minces et molles.

cercle vésiculaire, une fois l'eschare formée, se groupe autour de celle-ci et ure plus ou moins régulièrement. Une deuxième couronne de vésicules se oppe quand la première a été envahie par l'eschare. Ces vésicules sont quel-is sur un seul rang, quelquefois sur deux ou trois; les plus excentriques sont ıs volumineuses, tantôt isolées, tantôt confluentes, rarement disposées en un elet unique; leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un On compare généralement la disposition relative du chaton et du cercle vési-e à *un chaton de bague entouré de petites perles;* il est rare que le cercle ue tout à fait, ou même qu'il soit incomplet.

nom de *tumeur charbonneuse* a été donné par M. J. Bourgeois (1) à la tumé-n dure, circonscrite, qui est surmontée par le bouton malin : c'est dans ce que le virus subit une sorte de concentration, d'élaboration avant de passer le torrent circulatoire. L'époque de son développement varie du premier au ième jour. L'eschare qui la surmonte est en général déprimée, parce que les qui la forment sont mortifiés et ne peuvent plus se distendre. Cette tumeur ıre, peu douloureuse, elle dépasse l'eschare et son cercle vésiculeux de 3 à timètres; elle est bosselée et quelquefois couverte de bulles. Sa face externe ılacée, l'interne pénètre dans les chairs à 2 ou 3 centimètres; elle peut man-dans les régions peu riches en tissu cellulaire dense.

tuméfaction générale de la région où siége la tumeur charbonneuse com-à la circonférence de cette tumeur; elle est pâle, molle, diffuse, très rapide a marche; sa mollesse du début fait place au troisième jour à une grande , surtout au centre; à la périphérie, elle est molle et ressemble à l'œdème ; elle n'est pas crépitante.

spect de peau de chagrin que présentent les parties environnantes est dû à ites élevures pleines, répandues dans un rayon d'un décimètre autour de ıre.

coloration des parties malades est grise, terne au début; plus tard, elle est sombre, puis violacée. Quelquefois elle prend la teinte érysipélateuse, et

Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin.

alors elle gagne au loin; cette dernière coloration est en général d'un ma augure.

La *calorification* locale est augmentée au début, diminuée à la fin; quelquefois elle s'élève jusqu'à la sensation de *brûlure*, et coïncide toujours avec une démangeaison ou un prurit *douloureux*. Si la douleur est accusée par le malade, ce n'est pas au début, c'est dans la période de réaction.

Le vulgaire appelle *racines du charbon*, des traînées inflammatoires qui naissent de la tumeur charbonneuse, et s'étendent sous forme de bandes rouges de *lymphangite*, jusqu'aux ganglions eux-mêmes, atteints d'*adénite*. Quelquefois on trouve des cordons de *phlébite* superficielle autour de la pustule.

Les *phénomènes généraux* ne surviennent qu'à la fin de l'évolution des signes locaux, c'est-à-dire quand s'opère un véritable empoisonnement. C'est seulement après quarante-huit heures loin du début que surviennent du malaise général, de la faiblesse, des frissons, de la *fièvre;* le pouls est large, mou, fréquent, et il va jusqu'à 120, 130, puis il manque dans les artères moyennes. Quand les cas sont extrêmes, les hémorrhagies intestinales ne sont pas rares.

Les *troubles digestifs*, médiocres au début. Plus tard, vomissements glaireux, puis bilieux, dont la valeur pronostique est assez grave. La soif est vive, l'appétit nul, la diarrhée très rare, malgré de fréquentes coliques.

La *respiration* se trouble seulement à la fin; elle est anxieuse, l'air expiré est froid comme chez les cholériques; l'asphyxie fait des progrès, le corps est violacé.

L'*appareil musculaire*, respecté au début, est frappé de prostration et de faiblesse qui vont jusqu'à la syncope.

Les *troubles de l'appareil cérébro-spinal et nerveux* sont ceux déjà signalés. On a constaté à tort un délire qui est infiniment rare, le malade meurt en pleine connaissance. La *caloricité* est en général diminuée; à la fin, le corps est couvert d'une sueur glacée.

Des *phénomènes réactionnaires* se manifestent presque toujours pour venir au secours de l'économie en lutte avec l'empoisonnement. Ils se montrent du septième au neuvième jour; ils succèdent à l'algidité; une couleur rouge, phlegmoneuse couvre la région malade, la peau se réchauffe partout. La *réaction* reste quelquefois dans ces limites; ailleurs elle déterminera des adénites, des collections purulentes dans les régions voisines du mal, des inflammations gangréneuses qui dissèquent les muscles au loin et boursouflent le tissu cellulaire d'infiltrations gazeuses.

Le *nombre des pustules pouvant exister simultanément* varie; la règle, c'e l'existence d'une tumeur unique.

Le *siége* de ces pustules n'est pas indifférent à leurs caractères :

Au *cuir chevelu*, le gonflement est peu considérable; les accidents cérébraux sont plus redoutables.

La *face est le siége de prédilection*, parce qu'elle est exposée sans abri à tous les contacts et pourvue d'une peau mince et très vasculaire. Au front, cette tumeur est plus petite qu'au reste du visage et plus intense qu'au cuir chevelu.

Aux *paupières*, le mal prend des proportions exceptionnelles: les doigts qui s' portent souvent, les insectes ailés qui s'y posent de préférence, expliquent la fré quence du mal dans ce point; nulle part la pustule n'amène une déformation aus

rrible de la région. En général, les téguments des paupières sont perdus, l
meure le plus souvent intact. *Sur le nez*, elle détermine des pertes de substa
mettent les cartilages à nu. Sur *les lèvres*, on n'a jamais vu la muqueuse s
donner naissance. En *avant du cou*, la tuméfaction comprime les organes
ds d'où naissent des accidents graves de compression. Le vide cervical se com
tête est comme implantée directement sur les épaules.

M. Bourgeois n'a jamais vu la pustule *sur les organes génitaux de l'homme*.
me pour la face plantaire et palmaire du pied et de la *main*, sans doute à ca
l'épaisseur de la peau.

§ IV. — Variétés.

L'*œdème malin* ou *charbonneux* a été signalé par M. Bourgeois, le premier
843. *C'est une forme de charbon de cause externe*, d'abord désigné sous le
œdème malin ou *charbonneux des paupières*, à cause de son *apparence*, d
ure et de son *siége*. Depuis, ce mal a été observé dans d'autres régions, et l'
tranché de son nom. Il ne diffère de la pustule charbonneuse que dans les
iers temps de son existence : au bout de quelques jours, ces deux formes du m
al se confondent et n'ont plus rien qui les différencie, au moins quant à la pér
l'intoxication, car pour les phénomènes locaux, ils varient suivant les régi
Aux paupières, après les premières phases, ils sont tout à fait identiques avec ceu
pustule. Sur les autres parties du corps, où l'on a signalé son apparition, le
ement est mou, indolent et a toutes les formes de celui déterminé par le cha
alin ; mais on ne rencontre guère que des vésicules plus ou moins gross
groupées irrégulièrement sur le point de la tuméfaction par où celle-ci a déb
encore peuvent-elles faire défaut. La dureté de l'enflure n'est jamais considé
même au centre, et enfin on n'y a jamais observé jusqu'à présent d'eschare
rielle.

Quant aux symptômes généraux, ils ne diffèrent en rien de ceux de la pu
maligne, si ce n'est qu'ils marchent souvent avec plus de rapidité et qu'ils
ordinairement plus formidables.

Les *variétés* qu'il affecte dépendent des régions. *Aux paupières*, il prés
une démangeaison vive, une tuméfaction œdémateuse, pâle, transparente ; en
rante-huit heures, aux deux paupières, on observe des élevures, des vésicules
rougeur sombre, puis ardoisée. Bientôt la tumeur a gagné la paupière primi
ment respectée, et son volume est celui d'un œuf coupé en deux avec une
qui la divise à son milieu. Enfin des eschares se forment, et dès lors on ne
distinguer l'œdème du charbon. Il en est de même pour les symptômes géné
Sa gravité est considérable, parce qu'on ne peut l'attaquer que fort tard et qu'
méconnait au début. Dans les premiers jours, elle peut cependant guérir.

A la différence de la pustule maligne, l'œdème *débute* quelquefois par les
queuses, comme la langue, les gencives, pour de là s'étendre à la peau voi
Tous les cas développés dans la région sous-maxillaire se sont terminés p
mort, de même pour ceux de la région mammaire.

Il ne faut pas considérer comme des variétés essentielles des formes de la pu
les différences de siége ou d'apparence ci-dessus signalées. La forme de l'esc
ne justifie pas la division en proéminente et non proéminente.

[redacted]

On a établi des variétés d'après la malignité et la quantité du virus vraisemblablement absorbé, suivant que la pustule maligne était ou non inoculable aux animaux, suivant que le virus a été absorbé par des couches plus ou moins profondes de la peau.

M. J. Bourgeois n'admet, comme Chaussier et Énaux, qu'une seule espèce essentielle de pustule charbonneuse. Il faut donc admettre l'*unicité* virulente de cette maladie.

§ V. — Marche, durée, terminaison.

Marche. — Il résulte de l'exposition de ces faits qu'il faut admettre, avec M. Bourgeois, deux périodes à la maladie : une période dite d'*incubation* ou d'élaboration locale du virus, et une période d'*empoisonnement*. Énaux et Chaussier ont divisé à tort les phases de la maladie en quatre périodes arbitraires. Resterait à ajouter la période d'incubation.

Le virus étant déposé sur la peau, il se passe trois jours sans phénomène visible. Après ce délai, naissance de la *tache rouge*, d'où le nom de *puce maligne*. Cette tache est éphémère; après douze ou quinze heures elle se change en vésicule accompagnée de démangeaison; celle-ci disparaît quand la vésicule crevée fait place à une surface dure, brune, qui est l'*eschare*. Au bout d'un jour, apparition du *cercle vésiculaire* autour de l'*eschare;* après vingt-quatre ou quarante-huit nouvelles heures, apparition de la *tumeur charbonneuse*, puis formation d'un œdème périphérique; altération de couleur qui peut faire comparer la peau à la peau de *crapaud;* apparition des traînées d'angioleucite dites *racines du charbon*. Il faut, en somme, le plus souvent quatre à neuf jours pour que ces phénomènes morbides externes se bornent ou se développent jusqu'à la mort.

L'empoisonnement général et les symptômes généraux qui l'accusent ne se montrent guère avant vingt-quatre ou trente-six heures, à partir du développement de la vésicule. Voilà pour les cas les plus rapides ; pour les autres, ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, c'est-à-dire de quarante-huit à soixante heures après la naissance du bouton. Alors seulement le malade est forcé de s'aliter. Pendant deux jours, fièvre et faiblesse, troubles digestifs légers; après ce temps, manifestation des désordres généraux les plus graves. Quelquefois les symptômes locaux s'amendent; il semble, comme dit le vulgaire, que le mal soit rentré. Enfin, du quatrième au neuvième jour, anxiété, orthopnée, refroidissement général, pouls nul, et, après quelques heures de cet état, *mort brusque* sans agonie.

La *terminaison* la plus commune n'est pas la mort; dans la moitié, les deux tiers des cas, la guérison arrive par le retour de la tumeur à une coloration rose clair, et l'amendement des symptômes généraux.

La *durée* est variable; en moyenne, la mort arrive du cinquième au huitième jour, quand le cas est mortel. Ceux qui ne dureraient que vingt-quatre ou quarante-huit heures n'existent que dans l'imagination des malades ou des témoins étrangers à la médecine. Dans les cas sérieux qui doivent guérir, le mal s'arrête au septième jour seulement, et c'est au neuvième qu'il rétrograde franchement.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

In retard de quelques heures peut entraîner la mort, ou des difformités déplo-les pour le malade, ou le discrédit le plus éclatant pour le médecin.

Le *diagnostic* est difficile, surtout à son début, quand le bouton primitif n'est ore qu'à l'état de tache ou de petite vésicule, et surtout s'il commence par un ercule, par une bulle, quand l'eschare centrale vient à manquer; ou bien encore is les cas où la pustule débute par une sorte de petite tache jaunâtre, sans vési-e, siégeant au milieu d'une tuméfaction pâle, semi-transparente, comme on serve quelquefois aux paupières.

Aux différents âges de son évolution, elle peut principalement être confondue c les tumeurs inflammatoires ou œdémateuses de toutes sortes, quand surtout les-ci sont accompagnées de quelques points gangréneux, avec des gonflements diverses natures, des pustules folliculeuses cutanées; on l'a même vue surve-pendant la convalescence d'une variole, être prise pour une pustule variolique ondaire.

Quelle que soit la maladie qui laisse dans le doute, il semble qu'il sera le plus vent permis d'en sortir en tenant compte des conditions propres à la pustule, à signalées. La cause spécifique, les épizooties coïncidentes, l'absence de sym-mes généraux au début, la vésicule, l'eschare, la tumeur avec sa teinte de peau crapaud, le cercle vésiculeux séparant l'eschare de la tumeur, l'absence de douleur et le siége de la lésion sur les parties découvertes, sont autant de ca-tères qui tireront heureusement d'embarras dans un grand nombre de cas.

Toutefois, si le doute subsiste, il sera bon de pratiquer d'emblée les cautéri-ons indiquées par l'épaisseur du tégument malade, et par la délicatesse des nes voisins.

Nous examinerons successivement :

Le charbon malin *symptomatique*, le charbon pestilentiel, l'anthrax ou charbon in ou furonculeux, l'anthrax, le furoncle; l'érysipèle simple, phlegmoneux, œdé-eux, bulleux, gangréneux; la gangrène de la bouche, les piqûres d'insectes meux, l'œdème bénin des paupières.

On voit, cependant, si l'on envisage d'une manière générale le cachet de ce ipe d'affections, qu'elles offrent presque toutes des caractères distinctifs de la tule maligne; à l'exception de la piqûre des insectes et de l'œdème bénin, es se développent au milieu d'un trouble de l'économie qui les a précédées ou ompagnées quand elles n'en sont pas l'effet direct. Toutes se développent à titre de nptômes; la maladie véritable les a précédées depuis quelques jours. Or, c'est contraire pour la pustule maligne : elle précède l'empoisonnement général; elle e traduit pas. Elle est à elle seule la maladie et non le symptôme. Donc, sans faire stoire détaillée de chacune de ces affections, nous la présenterons au préalable avec escription de la pustule maligne, de l'œdème malin, dans les tableaux suivants testeraient pour compléter le diagnostic de la pustule maligne :

Les *pustules de morve* ou *farcin aigu*, que l'on reconnaîtra en remontant écédents, en constatant l'existence de symptômes généraux longtemps ava-sance des boutons gangréneux.

[redacted]

Les *pustules d'ecthyma,* distinguées aisément du charbon par leur surface molle, la vive douleur qu'elles donnent, le pus qu'elles contiennent, l'absence d'aréole vésiculaire et le développement simultané, sinon antérieur, des symptômes généraux. Sans parler de l'*acné*, reconnue par l'expulsion du contenu du follicule; des vésicules d'*herpès*, si bénignes et développées comme phénomènes critiques de *zona*, presque toujours accompagnées de névralgie; des *morsures de la vipère*, distinguées par sa double piqûre de la peau, par la rapidité de l'enflure, qui, des extrémités, arrive en quelques heures jusqu'au tronc.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1re SECTION. — *Charbon malin symptomatique*, ou *anthrax malin.*

PUSTULE MALIGNE.	ANTHRAX MALIN SYMPTOMATIQUE.
Causes. — Externe, contact ; terrains secs, inoculation locale.	*Cause.* — Interne ; marécages, intoxication générale.
Prodromes. — Absence de fièvre; elle n'est qu'une conséquence des phénomènes locaux.	*Prodromes.* — Une fièvre particulière, dont il n'est qu'une sorte de crise.
Nature. — Elle est une *cause* d'intoxication, si la pustule n'est pas détruite.	*Nature.* — Il est un *effet* de l'intoxication, si elle n'est pas combattue à temps.
Symptômes particuliers. — La tumeur est très peu douloureuse ou ne l'est pas du tout.	*Symptômes particuliers.* — La tumeur est extrêmement douloureuse.
Cercle vésiculeux très régulier entourant l'eschare.	*Cercle vésiculeux* absent.
Coïncidences. — Épizooties de fièvres charbonneuses ; pas de maladies marécageuses sur les habitants.	*Coïncidences.* — Accidents marécageux divers sur les habitants ; pas d'épizootie.

PUSTULE MALIGNE.	ANTHRAX OU CHARBON PESTILENTIEL.
Aucune épidémie en vigueur.	Peste régnant dans la contrée.
La pustule est le symptôme initial.	Le charbon ne se déclare qu'après quelques jours de maladie.
Unique en général.	Multiples.
Vésicules et bulles sur la peau voisine de la pustule.	Ni *vésicules* ni bulles.
Indolence locale.	*Douleur* vive de la tumeur.
Eschare étroite.	*Eschare* acquérant rapidement la largeur de la paume de la main.
Nature. — Point de départ d'une intoxication générale.	*Nature.* — Conséquence d'un empoisonnement général.
Se développe quelquefois sur les régions couvertes de poils.	Ne se développe jamais sur les régions couvertes de poils abondants.

PUSTULE MALIGNE.	ANTHRAX OU CHARBON BÉNIN OU FURONCULEUX.
Tumeur indolente, brune au centre, rouge sombre à la périphérie.	Tumeur excessivement douloureuse, grosse et rouge vif.
Vésicule au centre et pas de *pus.*	Absence de vésicules au centre, mais bouton plein de *pus* ordinairement.
Primitivement étranger à l'économie, d'où absence de réaction fébrile.	Annonce une dépuration de l'économie, d'où signes d'embarras gastriques coïncidents et fièvre vive.
Absence de suppuration, si ce n'est quelquefois dans la période ultime de réaction.	Formation de plusieurs orifices par où s'échappe une goutte de pus.
Absence de bourbillon, mais large mortification cellulaire dans la forme gangréneuse.	Issue spontanée ou artificielle d'un bourbillon par les orifices multiples réunis en un seul.

Perte de substance aussi large que profonde n'ayant jamais la forme d'une cavité, avec médiocre tendance à la réparation, *sans la moindre trace de pus*.	Cavité laissée par la sortie du bourbillon, profonde, *devenant la source d'une suppuration abondante brunâtre* avec tendance à réparation.
Gangrène et eschare primitive et centrale de la peau sous la vésicule.	Gangrène consécutive à la sortie du bourbillon et périphérique, développée sur les bords de la cavité formée par l'issue du bourbillon.

PUSTULE MALIGNE.	ANTHRAX.
Siége. — Sur les parties découvertes du corps, jamais sur la région spinale, toujours là où la finesse de la peau est notable.	*Siége*. — Sur les régions couvertes, le plus souvent sur la région spinale. Toujours là où l'épaisseur de la peau est le plus considérable.
Pouls — De l'adynamie.	*Pouls*. — De la réaction franchement inflammatoire.

PUSTULE MALIGNE.	FURONCLES OU CLOUS.
Nombre unique ordinairement.	Nombre unique rare, plusieurs en même temps ou successivement pendant des mois et même des années.
Prodromes. — Nuls ; aucune maladie n'a précédé.	Malaises internes ou maladie cutanée (gale, dartre) ont précédé.
Siége. — Mains, visage, parties découvertes.	*Siégent* plus volontiers sur la région fessière, et périnéo-anale.
Causes.— Externe ; profession exposant au contact des animaux ou de leurs dépouilles.	*Causes*. — Internes ; ils sont quelquefois la conséquence d'une sorte de dépuration de l'économie. La profession n'a rien de spécial.
Forme. — Convexe, déprimée au sommet, aplatie.	*Forme*. — Conique, acuminée.
Pas de suintement ichoreux.	Suintement d'un ichor purulent brunâtre par un pertuis unique au sommet.
Absence de bourbillon.	Bourbillon unique.
Douleur nulle, seulement démangeaison et cuisson.	Douleur lancinante pulsative.
Absence de pus.	Très fréquemment précédés d'une pustule d'ecthyma.
La ponction ne donne pas de pus.	La ponction à l'aide d'une épingle au sommet de la tumeur, introduite par un mouvement de rotation et de va-et-vient, donne une gouttelette de matière purulente par la pression.
Vésicules en couronne.	Absence de couronne de vésicules.
Fréquence moindre.	*Proportion*. — Sur huit boutons graves à juger, à peine un cas de pustule maligne. Le furoncle est très fréquent.

En cas de doute. — Caustique pour les deux cas avec ménagement.

PUSTULE MALIGNE.	ÉRYSIPÈLE SIMPLE, PHLEGMONEUX OU ŒDÉMATEUX.
Prodromes. — Aucuns symptômes généraux.	*Prodromes*. — Phénomènes généraux très intenses pendant un ou deux jours.
Adénite quelquefois à la fin.	*Adénite* avant la rougeur.
Tumeur dès le début.	Pas de *tumeur*. Tuméfaction générale plus tard.
Rougeur circonscrite en aréole.	*Rougeur* diffuse.
Maximum d'intensité des symptômes locaux toujours au centre.	Le maximum d'intensité des symptômes, d'abord central, s'étend en rayonnant à la périphérie pendant que la rougeur s'éteint au centre, qui se desquame.

[redacted]

Limites du mal diffuses.	Les *bords* de la rougeur et du go en cartes géographiques, tranchés, n lants.
Gonflement énorme, quelquefois dur, comme lardacé au centre, mou, tremblotant à mesure qu'on s'en éloigne.	*Gonflement* bien moindre, consista uniforme dans toute son étendue.
Rougeur bleuâtre autour de l'eschare.	*Rougeur* plus claire, plus franche.
PUSTULE MALIGNE ET ŒDÈME CHARBONNEUX.	ÉRYSIPÈLE ŒDÉMATEUX BULLEU
Tuméfaction rapidement accompagnée d'eschares, relief de formation énorme.	*Tuméfaction* pâle, indolente, sans e relief médiocre.
Prodromes. — Aucun.	*Prodromes*. — Accidents généra l'œdème.
Limites diffuses.	*Limites*. — Comme celles de l'érysi ple, à bords tranchés.
Tempérament du malade, indifférent.	*Tempérament* lymphatique, sujets a
Bulles se groupant autour du point où a débuté l'enflure.	*Bulles* se déplaçant comme l'éry quittant comme lui leur siége primiti
PUSTULE MALIGNE.	ÉRYSIPÈLE GANGRÉNEUX.
Eschares.	*Eschares* bien plus larges, plus mo
Emphysème. — N'appartient pas à la pustule.	*Emphysème*. — Tissu cellulaire in gaz putride.
Marche. — Évolution successive, et connue à l'avance de diverses formes de lésions cutanées.	*Marche* de l'érysipèle en généra à-dire prodrome et fièvre avant les m tions gangréneuses.
PUSTULE MALIGNE ET ŒDÈME CHARBONNEUX.	STOMACACE GANGRÉNEUSE.
Eschare dure, criant sous la pointe de l'instrument.	*Eschare* molle plus étendue, putri fect.
Cercle aréolaire de vésicules.	Cercle aréolaire absent.
Marche de l'eschare de la peau et des parties superficielles vers les profondes. Rapidité.	*Marche* de la muqueuse de la bou la surface cutanée. Lenteur relative.
Début. — Par la langue qui s'œdématie, et les gencives sur les parties antérieures.	*Début*. — Par les bords maxillaires parties latérales.
Aucune altération des os.	*Altération* des maxillaires nécrosé des dents.
Terminaison. — Asphyxie causée par la tuméfaction.	*Mort* au milieu de la cachexie.
PUSTULE MALIGNE.	PIQURES D'INSECTES OU D'ANIMAUX V
Antécédents. — Pas de piqûre ou blessure avec un corps aigu avoisinant les animaux ou leurs dépouilles.	*Piqûre* d'insecte, comme cousin, m guêpe, abeille, etc.
Pas de *corps étranger* visible dans la plaie.	*Aiguillon* de l'insecte visible à l'o à la loupe.
Vésicule au sommet de la tumeur.	*Tubercule* blanc, au centre duqu trace de la piqûre ou l'aiguillon.
Eschare et cercle vésiculaire.	Tous deux absents.
ŒDÈME CHARBONNEUX DES PAUPIÈRES.	ŒDÈME BÉNIN DES PAUPIÈRES
Cause généralement inconnue ou supposée : profession, épizootie, larmes essuyées avec des doigts maculés de virus.	Quelquefois difficile à connaître : dentaire, coup d'air ; blépharite, conj chroniques ; insectes.
Volume. — Progressif, monstrueux.	*Volume*. — Stationnaire, médiocre
Eschare, vésicules.	Ni eschare, ni vésicule.

Pronostic. — Avec M. Bourgeois (1), nous ne partageons pas l'opinion du vulgaire, qui juge avec quelques médecins que cette maladie, abandonnée à elle-même, *serait toujours mortelle.* La preuve en est, pour eux, dans l'inefficacité de certaines méthodes thérapeutiques uniquement employées. Mais ces insuccès ne sont-ils pas dus à ce que l'on n'a fait que des applications caustiques dans certains cas où l'intoxication générale existait déjà ?

Il est vraisemblable que la gravité de la pustule maligne varie d'une contrée à autre, que l'énergie du virus diffère d'une épizootie à l'autre. Cependant la malignité de la pustule est réelle, et le tiers des cas est mortel. Chez les animaux, le charbon est *toujours* mortel.

La gravité est *moindre* si le traitement est opposé dans la *première période.* L'intoxication n'a pas commencé, si la tumeur est d'un rouge clair, si elle est bien limitée, douloureuse, diminuée, entourée de traînées d'angioleucite ; si, enfin, le pouls est fort et large, et cela quand on se trouve vers le septième jour de l'apparition du bouton, surtout si le sujet est jeune et fort.

La *gravité est extrême* dans les circonstances suivantes : la tumeur siége au cou, la peau voisine est pâle ou violacée, l'intoxication s'annonce de bonne heure, les troubles digestifs sont extrêmes, la respiration est haletante, la peau est couverte de sueur froide, le pouls est petit.

Dans ces cas, le malade est désespéré, bien que l'on ait vu une réaction tardive sauver quelquefois le malade.

Mais par-dessus tout on songera que la malignité doit préparer à des revers bien plus qu'à des succès inattendus.

§ VII. — Lésions anatomiques.

Anatomie pathologique. — L'aspect général du cadavre est celui que l'on trouve dans les empoisonnements en général. L'examen du siége du mal présente une eschare qui n'a subi aucun travail d'élimination, homogène le plus souvent, quelquefois composée de couches stratifiées. Macérée dans l'eau, elle perd sa couleur noire, due à du sang infiltré ; elle redevient semblable à la peau saine, mais plus pâle. Le tissu de la tumeur est ferme comme du squirrhe et crie sous le scalpel. La muqueuse digestive, et surtout celle de l'estomac, est infiltrée de sérosité et de sang qui la soulèvent en forme de mamelons, quelquefois gangrenés, et que l'on a désignés à tort dans le gros intestin sous le nom de *pustules malignes internes.* Ce sont en effet de simples tumeurs sanguines. Tous les organes ont l'apparence qu'ils offrent dans les intoxications. Le sang semble avoir perdu une partie de sa fibrine pendant que la matière colorante s'est accrue.

L'*examen microscopique* a révélé à M. Brauell, de Dorpat, et à M. Ch. Robin, l'existence dans le sang d'un plus grand nombre de globules chyleux ; les globules rouges sont déformés, les blancs sont plus gros ; on y remarque la présence de *bâtonnets* immobiles d'abord peu de temps avant et après la mort : c'est dans le sang de la rate qu'ils sont le plus nombreux. Du troisième au quatrième jour après la mort, ces bâtonnets deviennent agités de mouvements très vifs et se transfor-

(1) *Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin.*

[redacted]

ment en vibrions. Ces bâtonnets se rencontrent dans le sang de tous les
morts du charbon. L'inoculation du sang du cheval charbonneux donne
bon, sans que ce liquide offre encore de bâtonnets; ceux-ci ne seraient do
virus ni son support.

§ VIII. — Traitement.

La marche de la maladie, qui procède par périodes d'incubation, d'é
et d'intoxication, indique la marche du traitement; il doit être loca
tout. Aussi on peut dire qu'il n'existe qu'un traitement efficace contr
affection : la destruction la plus prompte possible du virus charbonneux
point où il a été inoculé.

Il faudra donc poser immédiatement les limites du mal, quand bien m
devrait les tracer à quelques millimètres au delà du point où elles se serai
mées d'elles-mêmes.

Parmi les moyens de destruction du virus, le *cautère actuel* ou les c
potentiels doivent être préférés.

Toutefois le cautère actuel est inférieur aux caustiques sous le rapport
paisseur des eschares qu'il produit; mais, mieux que ces derniers, il per
varier à volonté la forme et l'étendue de la cautérisation. Il réveille ou c
vitalité des tissus et y développe une réaction inflammatoire des plus utiles,
à l'élimination de l'eschare.

Parmi les caustiques, ceux qui sont liquides ou déliquescents ont l'incon
de fuser et de produire des eschares dont on ne peut régler ni la largeur, n
fondeur; ils offrent en outre le désavantage de ne donner lieu à aucune
autour de leur eschare.

Le mélange de chaux et de potasse caustique, en poudre ou solidifié,
sente pas le premier de ces inconvénients, mais il conserve le second (1).

Des caustiques solides non déliquescents, l'azotate d'argent est le moins
le moins sûr (2).

Le *deutochlorure de mercure* est au contraire celui qui agit le plus p
ment et qui se rapproche le plus du cautère actuel par la réaction phleg
qu'il provoque dans les parties voisines de l'eschare. Loin de mériter
scription dont il a été l'objet, il est un des meilleurs moyens de cautérisa
l'on puisse employer.

La cautérisation, quelque soit l'agent préféré, doit être renouvelée lors
été insuffisante. Les signes de cette insuffisance sont quelquefois trompeu
qui caractérisent la réussite de la cautérisation peuvent manquer ou être p
noncés ou difficiles à saisir.

Pour déterminer la conduite à tenir en ce sens et savoir s'il faut c
encore ou s'abstenir, il faut se persuader que si la tuméfaction et les sy
d'intoxication continuent à augmenter, on ne doit pas, sous prétexte d'a
le virus qui a échappé à la cautérisation, produire d'énormes eschares q
raient d'autre résultat que d'aggraver l'état local, sans jamais compren
les tissus imprégnés et sans détruire le virus déjà absorbé.

(1) Raimbert, *loc. cit.*, p. 386.
(2) Salmon, *Comptes rendus de l'Associat. méd. d'Eure-et-Loir*, n° 53.

ɜxtirpation et les scarifications doivent être bannies, comme méthodes exclu-
du traitement de la pustule maligne; elles ne sont utiles qu'à titre de moyens
ratoires destinés à ouvrir la voie aux caustiques.

traitement par les émissions sanguines locales est au moins inutile. Il est
ɜreux quand l'économie a commencé à ressentir la funeste influence du virus
onneux.

s différents topiques, inertes ou simplement irritants, astringents, fût-ce
e les feuilles de noyer, ou les caustiques faibles, doivent être proscrits du
ment de la pustule maligne. Leur prétendue efficacité tient à l'inactivité acci-
lle du virus charbonneux, à des circonstances particulières ou individuelles,
des erreurs de diagnostic.

ur le traitement général des maladies charbonneuses, il se compose d'éva-
ts, de *toniques* et de *stimulants*, bien rarement d'émissions sanguines, à moins
ications positives. La méthode des évacuants rentre elle-même sous cette
ue.

lles sont les bases du traitement général. Il est nécessaire d'ajouter les détails
eilleur procédé.

s vésicules, qu'elles soient primitives ou secondaires, seront ouvertes, et l'on en
rgera le liquide. S'il existe déjà une eschare, ce qui est le plus ordinaire, on
era crucialement et profondément, puis on excisera complétement les lam-
: avec une portion du tissu cellulaire sous-cutané; on évitera d'aller jusqu'au
ur ne pas provoquer une trop grande effusion de sang. S'il s'en écoule, on
rbera avec soin, parce qu'il nuit à l'action du caustique en se combinant avec
Si l'effusion du sang est trop abondante, on introduira dans la plaie de la char-
ı de l'agaric imbibés de perchlorure de fer; et l'on appliquera le caustique seu-
ıt quand la surface de la plaie sera sèche.

caustique devra toujours être appliqué de manière que la cautérisation qui
ulte comprenne, outre l'eschare, toute l'aréole vésiculaire, et même, quand
are est mal circonscrite, 15 millimètres au delà; plus la cautérisation sera
ɔchée de la limite de l'induration qui entoure l'eschare, plus le succès sera
n.

profondeur, la cautérisation devra s'étendre à toute l'épaisseur de la peau et
rer aussi profondément que possible dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-
é. L'épaisseur du caustique sera disposée en conséquence.

deutochlorure est un des meilleurs caustiques à employer; nous insisterons
n usage, renvoyant aux traités de thérapeutique pour le beurre d'antimoine,
asse caustique, le caustique de Vienne et de Filhos, et pour le cautère
.

s la Beauce, le sublimé est surtout employé à l'exclusion des autres causti-
1).

ès les préliminaires d'incision cruciale et d'excision de ses angles, *on rem-
e sublimé le godet* qui résulte de cette opération. *Le sublimé ne sera pas
yé en poudre, mais concassé,* puis on recouvrira le tout d'un emplâtre. Il est
ssi de recouvrir de sublimé pulvérisé grossièrement toute l'aréole vésiculaire

M. Lopen, *Gazette médicale*, 1847, p. 424.

[redacted]

dont les phlyctènes ont été largement déchirées, et même d'en dépass mites. Pour empêcher cette poudre de glisser et d'exercer son action au parties que l'on veut atteindre, on en déterminera d'avance l'étendue en aj sur la peau un morceau de sparadrap percé d'un trou à son centre. Ce égal à l'étendue qu'on veut donner à l'eschare produite par la cautérisation. seur de la couche de poudre de sublimé est proportionnée à la profondeur qu donner à la mortification curative. Puis un autre morceau de la même sparadrap, recouvert d'un peu d'onguent Canet ou autre, pour mieux poudre, sera appliqué au-dessus du tout. Enfin, une compresse couvrant la toile de sparadrap, une bande fixe complétera le pansement.

Au bout de vingt-quatre heures la cautérisation est achevée. Elle pé général à 1 centimètre de profondeur, et le sublimé en excès se retrouve chare. Notons que sur les parties recouvertes de leur épiderme l'action du est bien moins profonde; elle ne dépasse guère 2 ou 3 millimètres; auss l'application du sublimé, faut-il, comme on l'a dit déjà, ouvrir avec soin tc vésicules.

Faut-il ajouter, pour compléter l'appréciation que nous avons faite du s que les guérisseurs l'emploient à titre de remède secret en faisant un d'onguent Canet, de colcothar et de sublimé. De même le sublimé col du minium et quelquefois mêlé à de l'orpiment est aussi un caustique dit

Puis viennent les *soins consécutifs*. Quand on a lieu de croire la cauté suffisante, il est d'usage, dans le but de hâter la résolution de l'engorgem faire sur les parties tuméfiées des fomentations stimulantes, et de panser l avec des onguents ou pommades qui excitent la suppuration et rendent nation plus rapide.

Lorsque le virus infiltré plus ou moins loin n'a pu être compris en total l'eschare, elles sont impuissantes à en arrêter la marche. C'est alors qu'il pérer quelque peu dans le secours des excitants et des toniques généraux; en effet alors de combattre l'intoxication déjà commencée. Dans ce ca d'adjuvants, on préconise encore les résolutifs.

La *médication* générale s'appuie sur les émissions sanguines, qu'il fau de côté; sur les purgatifs, dont on fait peu de cas, et sur les *toniques* et le *lants*. Sans accorder à ces derniers médicaments plus de confiance qu'ils n ritent, c'est en eux cependant qu'il faut mettre son espérance lorsque l'é est sous l'influence septique du virus charbonneux, quelle que soit la voie quelle il ait pénétré. Ils soutiennent les forces anéanties, relèvent le pouls ranimènt la chaleur éteinte; le quinquina, le vin, les infusions aromat thé, café, menthe, etc., avec un peu d'eau-de-vie ou d'acétate d'ammonia vent être préférés tant que les fonctions digestives conservées en permetten

Hygiène publique et prophylaxie. — Puisque le virus charbonneux chez les animaux domestiques, c'est leur santé qu'il faut soigner en arrêta à sa source.

On modifiera l'alimentation, la stabulation. Les bestiaux morts ou abat cause de maladie charbonneuse seront enterrés, chair et ossements, dans de 3 mètres de profondeur; les peaux seront tailladées à l'effet d'évite tagion par leur emploi.

Les personnes qui auront été en rapport avec les animaux malades devront avoir recours aux lotions alcalines, et surtout à un mélange d'eau et de chlorure de soude.

Enfin on évitera les lieux habités ou récemment abandonnés par les animaux atteints d'affections charbonneuses.

§ IX. — Nature de la maladie.

La pustule maligne est une affection toute spécifique de nature essentiellement septique et gangréneuse, occasionnée par un *virus* connu sous le nom de *charbonneux*. Celui ci détermine d'abord des altérations locales qui précèdent l'absorption et que suivent bientôt des phénomènes d'intoxication.

Jamais le pus ne se développe dans le point où le virus a été déposé; le nom de *pustule* est donc bien impropre. La pustule maligne mérite le nom de *charbon externe*, par opposition à celui de *charbon interne*, où la tumeur maligne succède à un empoisonnement, au lieu de le précéder.

Le virus charbonneux, non plus que les autres, n'a pu être isolé, seulement on le suppose; il a beaucoup d'analogie, par ses effets, avec ceux du venin de quelques animaux. Il en diffère parce qu'il a besoin, comme la vaccine, la variole et la syphilis, d'une période éruptive où s'élabore l'empoisonnement général.]

CHAPITRE III.

EMPOISONNEMENTS PAR LES SUBSTANCES ANIMALES PUTRIDES.

ARTICLE Ier.

EMPOISONNEMENT PAR LES MATIÈRES PUTRIDES INGÉRÉES DANS L'ESTOMAC.

Cet empoisonnement se produit surtout par l'usage de *viandes de charcuterie*, c'est principalement en Allemagne qu'on l'a observé (Kerner).

Signes de l'empoisonnement. — Nausées, vomissements, selles fétides; vue double, pupilles dilatées, vertiges; prostration, aphonie, palpitations, syncopes.

Traitement. — Vomitifs, purgatifs; boissons éthérées, aromatiques. Dans le cas inflammation évidente, antiphlogistiques.

ARTICLE II.

EMPOISONNEMENT PAR LES MATIÈRES PUTRIDES INOCULÉES.

Dans l'article consacré à la *phlébite* et à l'*infection purulente* (1), nous avons indiqué les symptômes de cet empoisonnement et le traitement qui lui convient.

(1) Tome III, page 341.

CHAPITRE IV.

EMPOISONNEMENTS PAR LES SUBSTANCES VÉGÉTALES.

ARTICLE Ier.

EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE, LE DATURA STRAMONIUM, LA JUSQUIAME, LE TABAC, ETC.

Ces empoisonnements ressemblent plus ou moins à l'empoisonnement par l'opium.

Dans l'*empoisonnement par la belladone*, les pupilles sont largement dilatées; dans l'*empoisonnement par le datura*, il y a des hallucinations, de la léthargie; dans celui que produit la *jusquiame*, les vertiges sont remarquables, et le tabac donne lieu à un état de défaillance extrême.

Traitement. — 1° *Evacuer le plus complétement possible l'appareil digestif.*

2° Administrer la *solution d'iodure de potassium iodurée* (1), en favorisant le vomissement.

3° *Emissions sanguines*, et si la réaction est considérable, *boissons tempérantes, bains.*

ARTICLE II.

EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM ET LES SELS DE MORPHINE.

Nous ne parlerons pas ici du simple narcotisme, qui est le premier degré de l'empoisonnement.

Signes de l'empoisonnement. — Nausées, vomissements; soif, bouche sèche; constipation; urines diminuées, parfois supprimées; assoupissement, yeux rouges, immobiles. *Dans l'empoisonnement par la morphine*, resserrement des pupilles; membres dans la résolution; respiration stertoreuse; parfois roideur et convulsions; pouls tantôt lent, large et dur, tantôt petit et fréquent; peau froide, sueurs, coma, symptômes d'asphyxie. *Dans l'empoisonnement par la morphine*, outre les symptômes précédents, *démangeaisons* plus ou moins vives par tout le corps.

Traitement. — M. Bouchardat le résume ainsi qu'il suit :

« 1° Il faut vider l'estomac, comme nous l'avons indiqué plus haut avec détail, par les *émétiques*, par les *éméto-cathartiques*, et s'il y a lieu, par la *sonde œsophagienne.*

» 2° On prescrira ensuite la *solution d'iodure de potassium iodurée.* En voici la formule :

℞ Iodure de potassium....	4 gram.	Eau..................	1000 gram.
Iode...............	0,30 gram.		

A prendre par demi-verrées.

(1) Voy. l'article suivant, *Empoisonnement par l'opium.*

[redacted]

» 3° On combattra le narcotisme par le *café* à haute dose; ce n'est pas un contre-poison, mais c'est un remède excellent de la maladie morphique.... Si l'on veut réussir, il faut le prescrire abondamment, *sans sucre*, ou *très peu sucré* et *légèrement alcoolisé*.... Voici la recette que j'adopte :

℞ Café torréfié et pilé.............................. 50 gram.

Obtenez par lixiviation :

Café liquide.............................. 500 gram.

Ajoutez :

Eau-de-vie.............................. 20 gram.

A prendre à quatre ou cinq minutes d'intervalle.

» On peut également administrer le *café sous forme de lavements*. »

Dans un cas d'empoisonnement par le laudanum chez un enfant, M. Kirk (1) parvint à le rappeler à la vie au moyen de la *galvanisation* continuée pendant quatre heures, en laissant des intervalles de plus en plus longs après chaque excitation; un des conducteurs fut appliqué sur l'épigastre et l'autre porté au fond de la gorge le plus profondément possible. Un fait à peu près semblable a été publié par M. Bird Herapath (2). Ce médecin, tout en employant d'autres moyens, parvint à entretenir artificiellement la respiration pendant plusieurs heures à l'aide d'une batterie galvanique.

ARTICLE III.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE (*acide prussique*), L'EAU DE LAURIER-CERISE, LE CYANURE DE POTASSIUM.

Lorsque l'acide cyanhydrique est concentré, la mort est presque instantanée; il n'y a que quelques inspirations brusques et des convulsions. Ce ne peut pas être dans ces cas que le médecin est appelé.

Dans les cas où le poison est faible, on observe ce qui suit :

Signes de l'empoisonnement. — Vertiges, gêne de la respiration, bâillements; bientôt après, perte de connaissance, du mouvement et de la sensibilité. Pupilles dilatées, respiration stertoreuse : mâchoires serrées, écume sanguinolente à la bouche; pouls petit, fréquent; peau froide, coma. Parfois convulsions violentes.

Traitement. — Voici le résumé donné par M. Bouchardat (3) :

« 1° *Il n'y a pas lieu d'administrer de l'émétique.*

« 2° Il faut *se hâter de faire prendre le contre-poison*, car si la mort doit suivre l'administration du poison, elle ne tarde guère.

» Dans le cas contraire, on peut espérer un bon succès du *contre-poison de M. Smith*, qu'on peut préparer à l'avance comme il suit, et qui, d'après M. La-

(1) *The Lancet*, janvier 1853.
(2) *The Lancet*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 décembre 1852.
(3) *Loc. cit.*

[redacted]

roque, peut se conserver plusieurs mois, en prenant les précautions suivantes : au mélange des deux sulfates de fer, on ajoute une dissolution de sucre, on précipite ensuite par du carbonate de soude, et l'on conserve dans des vases pleins et bien fermés.

℞ Sucre.................	60 gram.	Eau.....................	250 gram.
Sulfate ferreux.........	55 gram.	Carbonate de soude cristallisé.	260 gram.
Sulfate ferrique.........	98 gram.		

» Le *chlore*, employé concurremment avec le contre-poison du docteur Smith, peut rendre de très utiles services.

» 3° Lorsque la vie paraît suspendue, on peut pratiquer sur la colonne vertébrale d'abondantes *affusions d'eau froide*.

» J'ai constaté, ainsi que M. Louyet, l'efficacité de ce moyen indiqué par le docteur Robinson. »

ARTICLE IV.

EMPOISONNEMENT PAR LA NOIX VOMIQUE, LA STRYCHNINE, LA BRUCINE.

Signes de l'empoisonnement. — Les principaux sont : le tremblement, les secousses convulsives, la courbure du tronc en arrière, le trismus, la constriction de la poitrine, la gêne de la respiration ; les douleurs de ventre, les envies de vomir ; les signes de l'asphyxie ; l'injection et la fixité des yeux.

La marche des accidents est surtout remarquable : ils se produisent par accès de plus en plus rapprochés ; ils sont violents, et séparés par des intervalles dans lesquels le malade est dans un état de calme souvent complet.

Traitement — Nous l'empruntons encore à M. Bouchardat (1) :

« 1° Il convient, dans ces empoisonnements, de *provoquer* le plus sûrement et le plus promptement possible des *vomissements abondants* : de l'*eau fortement salée*, de l'*émétique*, voilà des agents que l'on devra employer de préférence.

» 2° On prescrira en même temps de l'*eau iodurée* (2). Il faudra *donner un excès de contre-poison*, car j'ai prouvé que l'iodure d'iodhydrate de strychnine quoique complétement insoluble dans l'eau acidulée, empoisonnait.

» 3° *Pour combattre les accidents tétaniques* déterminés par l'absorption de la strychnine ou des poisons strychniques, nous manquons encore de bonnes données cliniques. Il est cependant quelques principes sur lesquels on peut insister, sans courir le risque de se tromper...

» Dans les empoisonnements strychniques, il faut *entretenir la respiration à tout prix*, par des *inspirations d'air* ou d'*oxygène*, par des *pressions et des expansions alternatives des parois du thorax*.

» On pourrait encore faire prendre, soit sous forme de lavements, soit par l'estomac, si les vomissements étaient interrompus, l'agent calmant dont l'action est la plus sûre et la plus prompte pour combattre la rigidité tétanique : l'*opium*.

(1) *Loc. cit.*

(2) Voyez page 643.

» J'administrerais donc sans hésiter *trente ou quarante gouttes de laudanum de Sydenham, dissous dans cinquante grammes d'eau*, et j'en surveillerais l'effet. »

Sur 20 chiens soumis à l'intoxication par la strychnine, M. Bardel (1) en a guéri 16 par le moyen suivant :

1° Chlore liquide, 5 grammes ; eau distillée, 250 grammes, administré en une seule fois.

2° Dix minutes après : tartre stibié, 0,05 gram., dans six à huit cuillerées d'eau tiède.

3° Après le premier vomissement, revenir à la première dose de chlore.

4° Dix minutes après, répéter la dose de tartre stibié ; après ce vomitif, lait coupé d'eau, pour provoquer le plus possible les vomissements.

Le *Journal médical de Boston* (2) rapporte un fait d'empoisonnement par la strychnine, qui céda aux *inspirations de chloroforme* continuées pendant quelques heures, mais non jusqu'à produire l'anesthésie.

ARTICLE V.

EMPOISONNEMENT PAR LE CAMPHRE.

Signes de l'empoisonnement. — Vertiges, mouvements involontaires, prostration, somnolence, stupeur ; affaiblissement des sens, et surtout de la vue.

Traitement. — Vomitifs ; frictions stimulantes ; opium ; toniques et stimultants suivant l'école italienne.

M. Aran a employé avec succès dans un cas, le café, les excitants et les affusions d'eau froide.

ARTICLE VI.

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

Signes de l'empoisonnement. — Quelques heures après l'ingestion, douleurs épigastriques, soif vive, nausées, vomissements, coliques, tranchées violentes ; selles nombreuses ; froid des extrémités, sueur froide, crampes. Stupeur, abattement, convulsions, délire ; pouls petit, misérable ; coma.

Traitement. — Purgatifs ; éther sulfurique, sel commun, alcool, noix de galle. On a aussi vanté les acides végétaux ; mais avant l'évacuation du poison, ils sont nuisibles, comme l'a démontré Orfila.

Les *émollients*, les *bains*, les *rubéfiants* aux extrémités complètent le traitement.

ARTICLE VII.

DE L'ALCOOLISME.

[L'alcoolisme n'est pas une maladie ; c'est un état d'intoxication spéciale qui engendre et entretient une foule d'états morbides différents. Cependant on peut

(1) *Lettre à M. Dumas* (*Union méd.*, 18 septembre 1852).
(2) *Union médicale*, 25 novembre 1852.

[redacted]

dire que décrire les causes et les modes si variés d'invasion des maladies, c'est faire plus pour notre art que de constater les phénomènes morbides et les lésions anatomiques sans remonter à leur véritable origine. La médecine a tout à gagner à l'agrandissement du rôle de la physiologie pathologique et de la pathogénie; elle est ainsi conduite à l'étude de la prophylaxie et de l'hygiène. C'est par là que la médecine entrera définitivement en possession d'une influence que la société ne lui reconnaît encore qu'incomplétement. Le jour où l'enseignement médical sera basé sur l'étude des troubles fonctionnels apportés dans l'organisme humain par le milieu, par le régime, par l'exercice des professions insalubres, par les excès et la mauvaise direction de la vie, la confusion qui existe encore aujourd'hui entre la nature des maladies et les lésions anatomiques sera bien près de finir. On comprendra que le plus souvent les maladies sont effet; qu'une même cause peut, suivant des conditions différentes de milieu, suivant son mode d'action lent ou rapide, suivant les idiosyncrasies, engendrer des maladies différentes, quant à leur siége et à leur apparence physique, mais au fond identiques quant à leur origine et à leur signification. L'étude de l'alcoolisme nous offre un des exemples les plus instructifs de cette manière de comprendre la médecine.

§ I. — Historique.

La question qui nous occupe n'a été l'objet de travaux importants que depuis un nombre peu considérable d'années. Le développement des sociétés industrielles modernes a amené, avec un plus grand bien-être, une plus funeste tendance des populations ouvrières à dépenser une partie de leur salaire à se procurer les boissons alcooliques et à en faire abus. Ces excès ont été principalement observés dans les villes du nord de l'Europe et de l'Amérique, tant à cause des conditions de climat, plus favorables à la tolérance des spiritueux et à leur usage légitime, qu'à cause de la localisation, pour ainsi dire, de l'industrie dans ces contrées, tandis que la sobriété et l'indolence semblent appartenir plutôt aux races humaines plus rapprochées des tropiques. Aussi faut-il rechercher les travaux sur cette matière surtout parmi les auteurs anglais, américains et suédois, qui ont été à même d'étudier la question sur une plus grande échelle.

Le mot même d'*alcoolisme* est d'origine étrangère. Parmi les auteurs étrangers auxquels nous ferons des emprunts dans cet article, nous devons citer MM. Marshall (1), Magnus Huss (2), Carpenter (3), Marcet (4), et parmi les auteurs français, Royer-Collard (5), Rœsch (6), Bouchardat et Sandras (7), Bergeret (8), Morel (9), Duroy, Ludger-Lallemand et Perrin (10).

(1) *Observations on the abuse of spirituous liquors by the European troops in India*, dans *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1844.
(2) *Chronische alkoholskumkheit oder alcoolismo chronicus*. Stockholm, 1852.
(3) *The physiology of temperance*. London, 1858.
(4) *On chronic alcoolic intoxication*. London, 1860.
(5) *De l'usage et de l'abus des boissons fermentées*. Paris, 1838.
(6) *De l'abus des boissons spiritueuses*. Paris, 1839.
(7) *De la digestion des boissons alcooliques* (*Annales de chimie*, 1847).
(8) *De l'abus des boissons alcooliques*. Lons-le-Saulnier, 1851.
(9) *Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris, 1837. — *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860.
(10) *Du rôle de l'alcool dans l'organisme* (Comptes rendus de l'Académie des sciences de [Par]is, 1859).

[redacted]

§ II. — Nature des boissons ingérées.

Le cadre de ce livre ne nous permet pas de traiter la question des boissons, considérées au point de vue de leur composition chimique. Nous renverrons, pour ce sujet, aux monographies qui traitent de la classification des boissons (1). La notion qui domine pour ainsi dire cette question au point de vue médical est la suivante : l'élément toxique par excellence dans les boissons usuelles est l'alcool, et, dans la grande majorité des cas, il sera juste de dire qu'à volume égal, une boisson sera d'autant plus dangereuse, prise en excès, qu'elle contiendra plus d'alcool. Mais il faut assurément tenir compte d'un autre élément, la provenance de l'alcool. « L'alcool, dit M. Chevallier (2), est évidemment identique dans tous les liquides connus sous le nom d'eau-de-vie, rhum, etc., et cependant chacun d'eux est caractérisé par un arome spécial, par une saveur plus ou moins agréable, lorsque l'alcool provient des jus fermentés et distillés des raisins, des cerises, des cannes à sucre ou de leur mélasse; plus ou moins désagréable au contraire, lorsqu'il résulte de la distillation des liquides fermentés provenant des marcs de raisins, de cidre ou de poiré, des grains, des pommes de terre ou du sucre de fécule, des betteraves ou de leur mélasse. Le premier est désigné sous le nom d'*alcool bon goût*, le second sous celui d'*alcool mauvais goût.* »

Cette distinction des alcools en *bon goût* et *mauvais goût* n'est pas seulement commerciale, elle est aussi physiologique, ainsi que le fait remarquer, dans son excellente thèse, M. V.-A. Racle (3); « car elle s'applique à des variétés plus ou moins » facilement tolérées par l'homme. Les bonnes espèces de cognac et le rhum véri» table sont facilement supportées; mais les eaux-de-vie de grains, de pomme de » terre, etc, sont dangereuses, entraînent une ivresse plus lourde, plus hé» bétée, et produisent plus promptement de graves lésions organiques. L'*absinthe* » est, de l'aveu de tous les observateurs, bien plus dangereuse que l'eau-de-vie. » Plusieurs auteurs ont cru pouvoir attribuer une partie des effets de l'alcoolisme à une huile empyreumatique, ou à une huile éthérée volatile, celle qui donne le *bouquet*. Des expériences à cet égard ont été entreprises par le docteur Dalthlsteim et par M. Magnus Huss, et ils ont cru pouvoir conclure de leurs expériences que ces substances ajoutent encore aux effets toxiques de l'alcool.

§ III. — Voies et modes d'absorption.

Les expériences physiologiques modernes ont démontré que l'ivresse pouvait être obtenue sans que l'alcool fût ingéré dans la muqueuse digestive ou pulmonaire, et que l'injection directe de l'alcool dans le sang amenait une intoxication rapide; en effet, quelle que soit la voie d'absorption, c'est dans le sang, en définitive que doit se rendre la substance toxique pour entrer au contact des parties

(1) Pelouze et Fremy, *Traité de chimie.* — Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène*, in-8. Paris, 1852, t. I, p. 39. — Payen, *Précis de chimie industrielle*, 4e édit. Paris, 1859, t. II, p. 353.

(2) *Dictionn. des falsif. des subst. alim.*, 1857, t. I, p. 50.

(3) V.-A. Racle, *De l'alcoolisme*, thèse de concours pour l'agrégation (Paris, 1860). N*ferons, dans cet article, de nombreux* extraits à ce travail.

[redacted] [redacted]

intimes de l'organisme. Il nous paraît utile de dire quelques mots des principaux modes d'absorption de l'alcool. La peau est une voie d'introduction de l'alcool, et les bains alcoolisés peuvent produire une certaine action qui se rapproche de l'ivresse, mais cette action est faible. C'est au contact des muqueuses surtout que l'absorption se fait rapidement et que l'intoxication se produit.

Nous empruntons, en partie, ce qui suit au travail de M. Racle (*loc. cit.*) sur l'alcoolisme.

Introduction par les membranes muqueuses. — Il y a deux voies d'introduction principales des alcooliques par le système muqueux, la muqueuse pulmonaire et la muqueuse digestive.

A. *Muqueuse pulmonaire.* — Orfila a enivré et tué des chiens en leur faisant inspirer de l'air chargé de vapeurs alcooliques. Il n'est pas douteux que, chez l'homme, l'inhalation pulmonaire ne produise les mêmes résultats. C'est ainsi que dans les distilleries et dans tous les établissements où l'on travaille l'alcool, les ouvriers sont exposés à des intoxications accidentelles dues à l'évaporation de ce liquide. Des accidents analogues s'observent chez des personnes qui manient les vernis à l'alcool, ou qui sont seulement exposées à l'évaporation des produits de ce genre (1).

Tout le monde connaît les accidents auxquels sont exposés les gens qui descendent dans des cuves où le raisin est en fermentation. Quelques-uns de ces accidents sont dus à l'acide carbonique, mais il en est d'autres, l'ivresse véritable, qui résultent de l'absorption des vapeurs d'alcool par les poumons.

B. *Muqueuse digestive.* — C'est incontestablement par la surface des premières voies que s'effectue l'entrée la plus habituelle de l'alcool dans l'économie, et, en effet, c'est par cette surface que s'introduisent les aliments, les boissons et les substances médicamenteuses.

Les liquides riches en alcool et ne contenant que peu de principes étrangers sont facilement et rapidement absorbés. La présence des sels retarde l'absorption des liquides alcooliques ; il en est de même des acides, du tannin, des principes muqueux, mucilagineux, des huiles grasses et des matières sucrées : c'est pour ce motif, selon M. Bouchardat, qu'à dose égale, les eaux-de-vie produisent des effets plus rapides que les liqueurs sucrées et que les vins. Selon le même professeur, les différences d'action et de danger des diverses sortes de vins dépendraient beaucoup de la plus ou moins grande quantité de sels ou d'acide qu'ils contiennent. Ainsi, les *petits vins* aigres, consommés en énorme quantité dans certaines localités, seraient moins dangereux que des vins plus généreux, en raison même de leur acidité. Ces acides, unis en quantité convenable à l'alcool, modèrent la rapidité de son absorption et remplissent réellement le rôle d'agents *tempérants.*

La réplétion antérieure ou simultanée de l'estomac par des aliments solides diminue ou ralentit aussi l'entrée des alcooliques ; on sait que l'ivresse survient très facilement à jeun.

Le mélange d'*aliments* et de *liquides gras* agit dans le même sens.

La boisson composée que les Anglais prennent aux Indes, et qu'ils nomment

(1) Les fabriques de vernis sont rangées dans la deuxième classe des établissements insalubres. (*Ordonnance de* 1833.)

kill devil (1), est un composé de rhum jeune ou vieux, de sirop, d'œufs et d'eau : la présence de l'*albumine* et du sucre dissimule la violence du rhum ; aussi peut-on en prendre des quantités énormes, sans trop d'inconvénients, bien qu'à la longue des effets particuliers et d'une grande gravité puissent en résulter, et spécialement une déformation des articulations des doigts, nommée usuellement *crab clawed* (Marshall).

Le *mélange de vins* de divers crus ou de diverses couleurs est, selon l'observation générale, favorable à une prompte ivresse.

Il paraît probable que le café et les alcooliques se neutralisent mutuellement ; et c'est peut-être là l'origine de la pratique instinctive dans laquelle on mélange le café et l'eau-de-vie.

D'un autre côté, l'*animation de l'esprit*, une vive conversation, sont de puissants adjuvants de l'intoxication alcoolique.

Enfin, parmi toutes ces influences accessoires, aucune n'a une aussi puissante action que le *froid*. Un homme qui, au sortir de table, n'est que légèrement ému, peut, en s'exposant à une température relativement basse, tomber sans connaissance, ou bien présenter une ivresse convulsive ou furieuse. Faut-il supposer que la suppression brusque de la perspiration d'alcool par les poumons et par la peau est la cause déterminante de ce changement ?

Dans la campagne de Russie, en 1811, personne ne résistait moins que les soldats qui prenaient des liqueurs fortes, sous prétexte de se tonifier ; ils succombaient dans les neiges en proie à une ivresse comateuse. M. A. Tardieu a vu un grand nombre d'exemples d'individus qui, en hiver, sortant des cabarets en état d'ivresse, succombaient inopinément à peu de distance, au milieu des mêmes accidents.

§ IV. — Conditions de races et de climats.

La tolérance de l'organisme pour l'alcool augmente en raison directe de l'abaissement de température. C'est donc dans les pays les plus éloignés de l'équateur que la consommation de liquide alcoolique est la plus considérable, et c'est dans ces pays que l'excès de boissons alcooliques sera aussi observé. Aussi la plupart des travaux entrepris sur l'alcoolisme proviennent-ils du nord de l'Europe et de l'Amérique ; souvent même ils ont été le résultat d'enquêtes commandées par les gouvernements, pour connaître toute l'étendue des ravages que produisaient ces funestes excès. Dans ces pays, l'usage légitime, utile, a entraîné l'abus ; mais un moindre abus entraîne des conséquences beaucoup plus désastreuses dans les pays chauds, et l'alcool est un agent destructeur plus prompt et plus économique que la poudre, qui a *débarrassé* les Européens de nombreuses peuplades sauvages, principalement en Amérique.

Nous empruntons à M. V.-A. Racle (*loc. cit.*) la suite de cet article.

Variations des effets de l'alcool selon les conditions sociales. — L'abus de l'alcool ne se manifeste pas d'une manière identique dans les différentes classes de la société. Les principaux ouvrages écrits jusqu'à ce jour sur l'alcoolisme ne se sont

(1) H. Marshall, *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1837.

[redacted]

occupés que des résultats funestes observés chez des individus appartenant aux classes inférieures ; comme si les classes supérieures ne comptaient pas dans leur sein des hommes intempérants, et, par cela même, exposés à des résultats funestes Les effets de l'alcoolisme ont moins attiré l'attention des médecins dans la classe riche, parce qu'ils se présentent avec des caractères particuliers.

Les phénomènes de l'alcoolisme aigu ou chronique sont notablement retardés chez les personnes aisées. Une alimentation choisie en atténue les effets, et lorsqu'ils se manifestent, la véritable cause échappe souvent, car l'attention est détournée par toutes les autres causes de maladie, qui pèsent sur la classe riche : les excès de toute nature, les veilles, les voyages, etc.

Il n'en est pas de même chez les classes pauvres. L'appauvrissement préalable de l'économie par les privations, par le mauvais régime, par les fatigues excessives, ouvre une porte à toutes les influences possibles. Or, lorsque l'alcool intervient, il ne trouve pas d'obstacle, il jouit de toute sa plénitude d'action ; et c'est alors qu'on observe tous ces phénomènes si caractéristiques, qui, à aucune époque, n'ont pu échapper à l'observation médicale. L'action alcoolique se divise et se subdivise presque en autant de manifestations qu'il y a d'organes dans l'économie ; car, faute de protection, aucun système organique ne lui oppose de résistance. Ainsi l'alcool exerce sur l'estomac une action topique qui, dans sa progression successive, se manifeste par de la gastrorrhée, de la dyspepsie, de la gastralgie, et qui peut aboutir à l'ulcère simple et au cancer de l'estomac. Dans ce dernier cas, il n'agit sans doute que comme agent localisateur, mais enfin il a eu sa part d'action dans l'évolution d'une diathèse. Il agit ensuite généralement, ainsi que nous le verrons plus loin.

Dans les classes aisées, le cortége des effets topiques manque souvent, parce que les spiritueux sont rarement pris à jeun et toujours combattus par une alimentation réparatrice : mais les phénomènes généraux ne manquent pas, et c'est par la *manie alcoolique* et le *delirium tremens* que l'alcoolisme éclate. D'ailleurs, dans les classes aisées, on a la sage habitude de combattre, dès leur naissance, les moindres accidents qui se produisent vers l'estomac.

§ V. — Pathogénie.

On peut considérer l'alcool comme ayant une triple action pathogénique :

1° Par sa présence actuelle dans l'économie, il détermine des troubles immédiats (ivresse, mort subite).

2° Lorsqu'il aura été usité longtemps ou peu de temps, mais d'une manière immodérée, il aura provoque des perversions de fonctions, pour l'évolution desquelles sa présence ne sera plus nécessaire (dyspepsie, alcoolisme aigu, *delirium tremens*, alcoolisme chronique).

3° Il aura été le promoteur d'une lésion anatomique, qui pourra continuer son développement propre et l'évolution particulière à son essence, sans que l'alcool soit désormais nécessaire aux progrès de l'affection. Il pourra même être l'agent localisateur d'une lésion dont l'origine était antérieure et appartenait à l'état diathésique du sujet (cancer de l'estomac).

En outre de son action spécifique, l'alcool devrait être considéré comme une

cause commune ; et que, s'il peut produire l'ivresse, il peut aussi être le promoteur d'une cirrhose, d'une néphrite granuleuse, et même d'un cancer de l'estomac. Cette manière de voir diminuerait l'étonnement que l'on éprouve en apprenant que l'on a attribué la maladie de Bright tantôt au froid, tantôt à l'abus des alcooliques.

Voici l'ordre dans lequel nous étudierons les effets de l'alcool :

a. Nous décrirons d'abord ses effets généraux, savoir : *ivresse*, *mort subite*, *état physique et fonctionnel dû à l'habitude des boissons alcooliques*, *alcoolisme aigu*, *alcoolisme chronique*, et nous rechercherons s'il existe des *lésions anatomiques* particulières à quelques-uns d'entre eux.

b. Démembrant, en quelque sorte, les questions précédentes, nous nous occuperons des lésions produites par l'alcoolisme dans les principaux organes : *affections de l'estomac*, du *foie*, des *reins*, des *organes génitaux*, du *système vasculaire*, des *organes des sens*, des *membres*, etc.

I[re] SECTION. — EFFETS GÉNÉRAUX DE L'ALCOOL.

1° IVRESSE.

§ I. — Définition.

« Dans la première période de l'ivresse, dit Joseph Frank (1), on observe la gaieté, l'absence des soucis, la joie, le sentiment du plaisir et d'un agréable vertige ; des yeux brillants, une figure resplendissante, du bavardage ; la rougeur de la peau, la transpiration augmentée ; la soif avec des efforts fréquents d'uriner, accompagnés de soulagement ; un pouls plein et fort. Mais bientôt le vertige augmente, il y a tintement des oreilles, une vue double, et les idées n'ont plus de liaison et se succèdent les unes aux autres dans le plus grand désordre, sans être soumises à l'empire de la volonté. Alors chacun découvre avec candeur et sincérité, et sans dissimulation, ses mœurs et son caractère, d'où l'adage : « *In vino veritas.* » En effet, l'homme colère s'irrite, frappe et mord ; l'homme passionné soupire, embrasse ; le sot se met à rire, et fatigue de ses présents ceux qui n'en veulent pas ; l'homme triste verse des larmes et parle de la religion et de la mort ; d'autres ont des hallucinations, jusqu'à ce que leurs forces étant épuisées, ils commencent à balbutier ; puis leur face devient pâle, leur crachat tenace ; ils ont des vomissements ; l'office des sphincters est aboli, les membres tremblent, le corps vacille, et la fièvre s'allume. Cette abominable scène se termine par un sommeil profond qui se prolonge souvent pendant vingt-quatre heures et au delà, quelquefois par des convulsions, l'apoplexie ou la mort. »

Il convient de distinguer dans cet état divers degrés, car l'ivresse n'est pas toujours portée à ce point extrême où surviennent l'abrutissement et la mort. On est convenu d'en distinguer trois formes, qui sont fondées sur un fait d'observation très réel ; il y a trois effets successifs dans l'influence alcoolique : surexcitation, perturbation, destruction des fonctions cérébrales.

(1) *Praxeos medicæ universæ præcepta*, t. IV, chap. XXIV.

[redacted]

CHAPITRE IV.

EMPOISONNEMENTS PAR LES SUBSTANCES VÉGÉTALES.

ARTICLE Ier.

EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE, LE DATURA STRAMONIUM, LA JUSQUIAME, LE TABAC, ETC.

Ces empoisonnements ressemblent plus ou moins à l'empoisonnement par l'opium.

Dans l'*empoisonnement par la belladone*, les pupilles sont largement dilatées; dans l'*empoisonnement par le datura*, il y a des hallucinations, de la léthargie; dans celui que produit la *jusquiame*, les vertiges sont remarquables, et le *tabac* donne lieu à un état de défaillance extrême.

Traitement. — 1° *Évacuer le plus complétement possible l'appareil digestif.*

2° Administrer la *solution d'iodure de potassium iodurée* (1), en favorisant le vomissement.

3° *Émissions sanguines*, et si la réaction est considérable, *boissons tempérantes, bains.*

ARTICLE II.

EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM ET LES SELS DE MORPHINE.

Nous ne parlerons pas ici du simple narcotisme, qui est le premier degré de l'empoisonnement.

Signes de l'empoisonnement. — Nausées, vomissements; soif, bouche sèche; constipation; urines diminuées, parfois supprimées; assoupissement, yeux rouges, immobiles. *Dans l'empoisonnement par la morphine*, resserrement des pupilles; membres dans la résolution; respiration stertoreuse; parfois roideur et convulsions; pouls tantôt lent, large et dur, tantôt petit et fréquent; peau froide, sueurs, coma, symptômes d'asphyxie. *Dans l'empoisonnement par la morphine*, outre les symptômes précédents, *démangeaisons* plus ou moins vives par tout le corps.

Traitement. — M. Bouchardat le résume ainsi qu'il suit :

« 1° Il faut vider l'estomac, comme nous l'avons indiqué plus haut avec détail, par les *émétiques*, par les *éméto-cathartiques*, et s'il y a lieu, par la *sonde œsophagienne.*

» 2° On prescrira ensuite la *solution d'iodure de potassium iodurée.* En voici la formule :

℞ Iodure de potassium....	4 gram.	Eau..................	1000 gram.
Iode...............	0,30 gram.		

A prendre par demi-verrées.

(1) Voy. l'article suivant, *Empoisonnement par l'opium.*

» 3° On combattra le narcotisme par le *café* à haute dose ; ce n'est pas un contre-poison, mais c'est un remède excellent de la maladie morphique.... Si l'on veut réussir, il faut le prescrire abondamment, *sans sucre*, ou *très peu sucré* et *légèrement alcoolisé*.... Voici la recette que j'adopte :

℞ Café torréfié et pilé.............................. 50 gram.

Obtenez par lixiviation :

Café liquide.............................. 500 gram.

Ajoutez :

Eau-de-vie.............................. 20 gram.

A prendre à quatre ou cinq minutes d'intervalle.

» On peut également administrer le *café sous forme de lavements*. »

Dans un cas d'empoisonnement par le laudanum chez un enfant, M. Kirk (1) parvint à le rappeler à la vie au moyen de la *galvanisation* continuée pendant quatre heures, en laissant des intervalles de plus en plus longs après chaque excitation ; un des conducteurs fut appliqué sur l'épigastre et l'autre porté au fond de la gorge le plus profondément possible. Un fait à peu près semblable a été publié par M. Bird Herapath (2). Ce médecin, tout en employant d'autres moyens, parvint à entretenir artificiellement la respiration pendant plusieurs heures à l'aide d'une batterie galvanique.

ARTICLE III.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE (*acide prussique*), L'EAU DE LAURIER-CERISE, LE CYANURE DE POTASSIUM.

Lorsque l'acide cyanhydrique est concentré, la mort est presque instantanée ; il n'y a que quelques inspirations brusques et des convulsions. Ce ne peut pas être dans ces cas que le médecin est appelé.

Dans les cas où le poison est faible, on observe ce qui suit :

Signes de l'empoisonnement. — Vertiges, gêne de la respiration, bâillements ; bientôt après, perte de connaissance, du mouvement et de la sensibilité. Pupilles dilatées, respiration stertoreuse : mâchoires serrées, écume sanguinolente à la bouche ; pouls petit, fréquent ; peau froide, coma. Parfois convulsions violentes.

Traitement. — Voici le résumé donné par M. Bouchardat (3) :

« 1° *Il n'y a pas lieu d'administrer de l'émétique*.

« 2° Il faut *se hâter de faire prendre le contre-poison*, car si la mort doit suivre l'administration du poison, elle ne tarde guère.

» Dans le cas contraire, on peut espérer un bon succès du *contre-poison de M. Smith*, qu'on peut préparer à l'avance comme il suit, et qui, d'après M. La-

(1) *The Lancet*, janvier 1853.
(2) *The Lancet*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 décembre 1852.
(3) *Loc. cit.*

[redacted]

thérapeutiques eux-mêmes ont leur importance pour le diagnostic. La saign sinapismes, les lavements purgatifs, peuvent rappeler quelque peu de senti et l'on voit alors qu'il n'y a pas de paralysie hémiplégique; la respiration red plus facile. L'administration d'ammoniaque dans une potion rappelle quel assez rapidement l'intelligence; enfin les vomitifs font rejeter un mélang ments et de boisson à odeur d'alcool.

Une ivresse légère ou moyenne est, en général, abandonnée à elle-mê repos, quelques soins de sûreté, l'éloignement des boissons que le malade r à son premier réveil, tels sont les seuls moyens, presque négatifs, à mettre en Les gens en état d'ivresse, mais qui ont encore conservé assez d'intelligen désirer sortir de cet état, soit par honte, soit par tout autre motif, emploie avantage la méthode anglaise, qui consiste à plonger les bras et la tête dans d très froide. — Dans les cas graves, où le malade ne peut pas lui-même se secours, il faut, selon le cas, donner un vomitif, employer la sonde œsophag pratiquer une saignée, employer les sinapismes, les lavements fortement pur les frictions, les excitants de toute sorte; et, si les malades présentaient u d'asphyxie, nous ne voyons pas pourquoi on n'essayerait pas les cautérisati fer rouge sur la poitrine, et ensuite sur des points de plus en plus éloignés, que M. le docteur Faure (1) l'a récemment proposé pour l'asphyxie par l carbonique.

§ III. — Pronostic.

Mort subite ou rapide. — « H. Royer-Collard (2), résumant les faits q science possède sur l'abus des boissons fermentées, conclut que la mort a dans l'ivresse même, comme l'atteste une foule d'innombrables exemples. Le sions que découvre dans ces divers cas l'anatomie pathologique démontrent demment que le poison alcoolique a frappé simultanément tous les organe l'intermédiaire du sang et du système nerveux. Le docteur Ch. Roesch (3) a ces faits hors de doute. »

Ainsi la mort rapide, inattendue, peut être la terrible conséquence des alcooliques. L'homme était bien portant, et par une véritable sidération, tout forces vives et actives de l'économie se sont suspendues; tous les organes o frappés dans leur vitalité, et c'est le sang qui a été le véhicule de la cause de truction. Que conclure de là? C'est que les fonctions ont été enrayées dan source, et non pas dans tel ou tel organe. On a expliqué ces morts rapides suspension d'action du cœur, du poumon, des muscles respiratoires; il nous plus naturel de les attribuer à la suppression de la force commune qui dis aux organes leur puissance d'action. M. Flourens pense que la suspension des tions n'a lieu que quand les toxiques ou les anesthésiques ont envahi l'isthme phalique : cette observation ne pourrait-elle pas s'appliquer à l'alcool?

(1) *Archives gén. de méd.* Paris, 1856.
(2) *Thèse de concours*, 1838, p. 37.
(3) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1re série, t. XX, p. 277.

›uoi qu'il en soit, il importe de présenter quelques remarques sur les conditions s lesquelles cet accident survient.

:n premier lieu, la mort subite est rare chez les ivrognes de profession : il semble une accoutumance se soit établie, et que même, au milieu des plus grands ès, l'influence nerveuse persiste à un degré suffisant pour l'entretien et la con-ration des fonctions organiques. Mais la mort subite est surtout fréquente chez personnes qui font peu d'excès, et qui un jour se laissent entraîner à boire sans sure. C'est surtout à l'eau-de-vie que ces funestes événements sont dus; il a fi à quelques personnes, pour mourir, de prendre un demi-litre d'eau-de-vie. Les malheureux empoisonnés font encore bonne contenance pendant un certain nps, puis ils tombent comme frappés de la foudre, dans un sommeil comateux; stertor, des convulsions se manifestent; la respiration s'embarrasse, et une ume sanguinolente s'échappe de la bouche; évacuations involontaires, et mort quelques heures, en une demi-heure, etc.

Il est très important de noter que ce n'est pas toujours la quantité d'alcool qui oduit ce résultat funeste; car telle dose qui, agissant seule, n'eût point amené n tel effet, le détermine quand il se joint à l'abus de la boisson de nouvelles con-itions.

Nous avons déjà signalé (page 621) l'action du froid. Et en effet, c'est surtout ı hiver, dans les pays tempérés, et en toutes saisons dans les pays froids, que l'on serve des morts subites. Les individus alcoolisés semblent opposer moins de sistance à l'abaissement de la température extérieure. Cette explication nous nble d'autant plus naturelle que les deux causes concourent au même but. Si froid modéré est excitant et tonique, un froid exagéré est dépressif; or, si cette ion s'ajoute à celle de l'alcool, qui, à une certaine dose, anéantit évidemment ıtes les forces, il est certain que cette action combinée équivaudra à une intoxi-ion plus complète que celle qui existe en effet.

Mais le fait le plus important à consigner ici, parce qu'il a au moins une appli-ion, c'est celui de la réunion de l'ivresse et des blessures. Ce fait, dit M. A. Tar-u (1), est important non-seulement au point de vue médico-légal, mais aussi, principalement, sous le rapport de la criminalité de l'action et de l'inculpation i pèse sur l'auteur des blessures. En effet, « tout ce qui ne dépend pas propre-:nt de la nature de la blessure ne saurait être imputé à son auteur (2). » Or, il sulte de l'étude faite sur ce point intéressant, par M. A. Tardieu, que les coups blessures reçus par un homme en état d'ivresse, sans être, en aucune façon, pables de produire la mort, en sont assez souvent suivis. Quel est le mécanisme r lequel se produit ce funeste résultat? Il est survenu une apoplexie pulmonaire une apoplexie méningée qu'il est naturel d'attribuer à la lutte violente, à l'émo-n, à la colère, et quelquefois à l'influence du froid. L'auteur du mémoire ter-ne par cette conclusion : « Il est permis d'avancer que dans la mort survenue ›idement dans l'état d'ivresse, l'*apoplexie pulmonaire et surtout l'apoplexie ningée*, sont des lésions, sinon constantes, du moins extrêmement fréquentes et

(1) *Observations médico-légales sur l'état d'ivresse considéré comme complication des bles-es et comme cause de mort prompte ou subite* (*Annales d'hygiène publique et de médecine ale*, t. XL, 1848, p. 390).

(2) Fodéré, *Traité de médecine légale*, 1813, t. III, p. 264.

presque caractéristiques. » En 1851, nous avons pratiqué nous-même, à la Morgue, l'autopsie judiciaire du corps d'un jeune homme mort dans ces conditions, et sur lequel nous avons trouvé une large hémorrhagie méningée.

État physique et fonctionnel dû à l'habitude des boissons alcooliques. — Lorsque l'habitude des boissons existe depuis très longtemps, il se produit un certain nombre de changements importants dans les fonctions et les organes, depuis le simple tremblement jusqu'à une altération du sang. Ce n'est point encore tout à fait la maladie, puisque cet état est compatible avec l'accomplissement assez régulier des principales fonctions de l'économie, avec la conscience des actions exécutées, et qu'aux yeux du médecin et du magistrat, la bonne coordination des pensées exclut l'irresponsabilité des actes. Mais c'est un terrible avertissement qui indique la pente fatale sur laquelle on va glisser, si l'on ne fait trêve aux habitudes acquises, pente d'autant plus dangereuse, que la nature même des phénomènes éprouvés engage à de nouveaux excès, qui combattent effectivement la dépression des forces produite par les premiers.

Nous empruntons à Magnus Huss (1) la description qu'il a donnée de cet état, sous le nom de *forme prodromique*, et c'est la première des six formes qu'il admet. Il comporte encore un certain état de santé et la conservation du libre arbitre.

Une personne qui a fait abus d'alcooliques commence à avoir des tremblements des mains, surtout le matin. Au commencement, ces tremblements cessent après l'ingestion de stimulants; plus tard, le tremblement tend à continuer pendant l'après midi. Il peut devenir semblable à une espèce de chorée.

Sentiment particulier de faiblesse dans les bras et les jambes, ou plutôt diminution générale de la tonicité musculaire, surtout le matin. Fourmillements dans les jambes; éblouissements; dilatation des pupilles le matin.

Au réveil, sensation de pesanteur du corps et de l'esprit; mauvaise humeur; sécheresse de la gorge; quelquefois vomiturition. Souvent alors *tremblement vermiculaire* de la langue, difficulté de parler.

Ordinairement, un peu d'embonpoint. Souvent augmentation de volume du foie. Bonnes digestions; tendance à la constipation.

Selon la manière de vivre, ces symptômes peuvent augmenter, ou diminuer, ou varier.

Ils augmentent rapidement à la suite d'une affection intercurrente qui affaiblit l'organisme ou qui oblige à suspendre l'usage de l'alcool.

Ainsi, l'usage continu de l'alcool, ou la suspension de cet usage, donnent lieu à des manifestations semblables du côté du système nerveux.

Avant Magnus Huss, M. Roesch (2), traitant le même sujet, donnait une description non moins remarquable, et que voici :

« De même que, chez tout homme livré à la boisson, la force, la sûreté et la vélocité des mouvements, la finesse et la précision des sens, l'énergie de la réaction contre les impressions du dehors, et l'aptitude procréatrice vont toujours en bais-

(1) *Alcoholismus chronicus*, traduit en allemand par G. Van dem Busch. Stockholm et Leipsick, 1852. Voyez dans Morel (*Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, 1857, pag. 79 et suiv.) le chapitre où l'auteur a donné un long extrait de l'ouvrage de M. Magnus Huss.

(2) *De l'abus des boissons spiritueuses*. Paris, 1839, p. 5.

; de même aussi la diminution s'annonce au moral par le peu de feu et l'incer-de des actions, la difficulté et la lenteur des conceptions, même à l'égard des ses les plus simples, la diffusion des idées, la perte de la mémoire et du juge-it, l'irrésolution, la lâcheté et la bassesse. Pusillanime et sans caractère, l'homme nné à la boisson ressemble à l'eunuque sous ce rapport : mais il est moins en-e qu'un eunuque, car, outre qu'il manque de ce qui fait l'homme, il a perdu telligence, il n'a plus de goût pour rien, si ce n'est pour la satisfaction momen-ée du désir qui le domine, et, dès que ce désir est satisfait, il se sent heureux. int d'avoir de l'eau-de-vie, il est maussade, il se sent mal à l'aise, et plus d'un ide a été accompli dans ce misérable état. Schlegel en rapporte un grand nbre d'exemples. C'est principalement le vice de l'ivrognerie qui rend la mort ontaire si répandue de nos jours. Schlegel a dit : « L'ivrognerie est la principale ause du suicide en Angleterre, en Allemagne et en Russie ; le libertinage et le eu, en France ; la bigoterie, en Espagne. »

C'est à la suite de cet état sans cesse entretenu et aggravé que le sens moral blitère, et que tout à coup éclate la folie, dont le caractère différentiel est sur-t dans le fait d'accomplir des actes involontaires, dont le malade perd la res-isabilité.

2. ALCOOLISME AIGU.

Sous ce nom nous entendons tous les troubles de l'intelligence, du sentiment, mouvement et des fonctions organiques, qui éclatent rapidement, ont une rée courte, et ne sauraient persister longtemps dans leur exagération sans ame-r la perte du malade. Nous nous permettons d'établir cette définition, qui n'est 'une constatation des faits, faute de pouvoir faire concorder les définitions qui t été données par les auteurs.

On a donné à cette affection diverses dénominations qui, à notre sens, rétré-ient la question, telles sont celles de *delirium tremens*, de *mania a potu*, de *ie alcoolique* ; il y a même un de ces noms qui détourne complétement l'atten-n du point de vue réel sous lequel il faut envisager les faits, c'est celui de *dip-nanie* ou d'*œnomanie*.

En effet, si la manie qui résulte de la boisson (*mania a potu*) est une forme p réelle de maladie, elle n'a rien de commun avec le besoin de boire qui s'éta-t et se développe dans le cours d'une affection mentale précédemment existante. Morel (1) a parfaitement apprécié cette distinction, et dit : « On ne se douterait que l'hypochondriaque, si préoccupé des intérêts de sa santé, puisse se livrer elquefois à des excès inouïs de boisson. » Il ajoute à ses remarques l'exemple n jeune hypochondriaque chez lequel la dipsomanie prit naissance par suite de lée erronée que les stimulants étaient nécessaires à sa guérison.

Bien qu'au fond la maladie soit une, puisque la cause est unique, elle peut se nifester sous différentes formes, selon la prédominance de tel ou tel ensemble phénomènes, ou selon leur degré d'acuité, et nous croyons que l'on doit dis-guer deux variétés, quelquefois consécutives, quelquefois indépendantes, savoir : *delirium tremens* et la *folie* ou *manie alcoolique*. Nous ne sommes pas en con-

(1) *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860, p. 661 et suiv.

[redacted]

tradiction avec nous-même en reprenant ces deux expressions, puisque employons, avec les auteurs les plus accrédités, pour désigner seulemen ments divergents de l'alcoolisme aigu.

3. DELIRIUM TREMENS.

§ I. — Définition.

Cette singulière perversion de toutes les fonctions nerveuses survient (fois à la suite d'un ou de plusieurs excès alcooliques, chez des individus bitués; mais le plus ordinairement elle éclate chez les ivrognes de profe qui présentent depuis longtemps les caractères que nous avons indiqués ((page 628). Enfin, il est d'observation que le mal se déclare plutôt lorsque est dissipée que pendant l'état d'intoxication même, et c'est d'après c marque que les médecins ont été portés à attribuer le délire à l'affaissen fonctions céréb rales.

§ II. — Marche, diagnostic.

Les malades présentent d'abord de la bizarrerie dans l'humeur, puis il sonnent ; une grande agitation se manifeste, et enfin le délire aigu éclate. obligé de se rendre maître de l'individu et de l'attacher dans son lit, dans la qu'il ne se livre à des violences dangereuses pour ceux qui l'entourent et p Le corps est dans une agitation extrême, il y a tremblement des membres langue, bégayement, bien que la parole soit rapide et incessante. La face es vultueuse ; les yeux sont brillants et congestionnés.

Le pouls est fréquent, la peau chaude et couverte de sueur. Il y a une i absolue. Les malades parlent incessamment, insultent ceux qui les en voient des fantômes, des ennemis ; se plaignent d'être entravés; menace plient pour qu'on les mette en liberté, afin d'échapper à des dangers ima On a dit que les malades se préoccupent, en général, de tout ce qui es à leur profession ou aux dernières préoccupations qu'ils ont eues ; cela vrai, en général, mais non constant. Ils ont une soif vive, la bouche ar humide cependant. Il y a rarement des évacuations involontaires; mais, ce les malades, n'ayant pas conscience de leur position, ne se gênent pas po faire dans leur lit à tous leurs besoins. S'ils parviennent à s'échapper, ils au hasard, sans direction, sans but déterminé, et se laissent ramener plus facilement. Ils chantent, rient et pleurent alternativement et sans motif connaissent quelques personnes, etc., etc.

Cet état dure, en général, quelques jours ; l'agitation s'apaise et est r par un épuisement graduel, qui se termine par un sommeil profond et accompagné de sueur, de ralentissement du pouls, etc. Au réveil, les mal calmes, mais courbaturés, brisés ; ils n'ont pas mémoire de ce qui s' pendant leur folie passagère ; ils ont la langue embarrassée, la bouche amère, humide, une soif vive ; le tremblement a cessé, mais il faut un re long pour la réparation des forces.

el est le tableau très abrégé du *delirium tremens*, mais cette maladie présente variétés. On a depuis longtemps admis un *delirium tremens chronique*, lequel, n plusieurs auteurs, et M. Delasiauve (1) en particulier, devrait plutôt rentrer s la *folie* ou *manie alcoolique*. Le même auteur a décrit une *forme grave* ou aiguë du *delirium tremens*, dont nous donnons ici un aperçu.

« Ce qui distingue surtout la forme que j'appelle *suraiguë*, c'est la prodigieuse ivité nerveuse. Le malade n'a ni paix ni trêve ; aucune partie du corps n'est empte d'agitation : les membres tremblent ; vultueuse, rouge, violacée même, la e grimace par le frémissement prononcé de ses muscles ; les yeux roulent dans irs orbites ; la peau, chaude et brûlante, s'humecte d'une sueur profuse, visqueuse, exhalant parfois une odeur alcoolique. La langue peut conserver sa fraîcheur naturelle ; elle est plus souvent desséchée sur ses bords, à sa surface, et uverte, de même que les lèvres, de croûtes fuligineuses. Communément la soif vive, inextinguible ; la respiration plus ou moins gênée ; l'altération des traits lique une prostration profonde. Quant au pouls, tantôt accéléré et déprimé, utres fois il contraste par son rhythme presque normal avec l'ensemble des symmes. L'esprit, de son côté, est assailli par des hallucinations, notamment de la , dont la rapide succession occasionne une mobilité incessante....

Il est difficile d'assigner une durée exacte à l'œnomanie suraiguë ; plusieurs de malades ont été emportés rapidement, sans que nous ayons pu obtenir de rennements sur la date de l'invasion des symptômes. Chez ceux, en petit nombre, ont guéri, le retour à la liberté morale a oscillé entre huit et quinze jours. Cette ation se retrouve dans les faits rapportés par les auteurs, et on le conçoit : elle end à la fois de la quantité des boissons ingérées, de leur nature, de l'impresnabilité et de l'état physique et moral des sujets.

A en juger par les quelques cas que nous avons recueillis, le pronostic serait grave : 4 sur 8 ont eu une issue promptement funeste, et les autres ont voqué les plus vives appréhensions. »

e qui frappe surtout dans le *delirium tremens ordinaire*, c'est son peu de gra , s'il est abandonné à lui-même et si le malade n'est pas soumis à une médicaspoliative. D'un autre côté, comme on le comprend, il a une grande tendance récidive, par la répétition d'action de la cause première.]

§ III. — Traitement.

u premier rang des moyens mis en usage contre le *delirium tremens*, il faut er les excitants ou les opiacés. Les auteurs qui ont conseillé l'opium et qui ont des faits en faveur de cette médication veulent, en général, que l'on donne ce icament à une assez forte dose : que l'on commence, par exemple, par 10 cenmmes par jour donnés à plusieurs reprises, et que l'on élève successivement dose à 25 et 30 centigrammes ; quelques-uns même veulent qu'on la porte uellement jusqu'à 1 ou 2 grammes et plus encore. Ces dernières quantités beaucoup trop considérables. Tous les médecins n'ont pas reconnu l'efficacité 'opium, et M. Ward (2), ayant mis en usage cette médication, a vu succomber

) *D'une forme grave de delirium tremens* (*Revue médicale*), 31 avril 1852.
) *Rem. on history*, etc. Boston, 1831.

un grand nombre de sujets, surtout quand on donnait des doses élevées; aussi regarde-t-il l'opium comme pernicieux. Parmi les médecins français qui n'accordent aucune confiance à l'opium, nous citerons Esquirol (1), Georget et M. Calmeil (2). La conclusion que l'on doit tirer de tout cela, c'est que l'opium doit être donné à des doses beaucoup plus modérées qu'on ne l'a fait généralement, et qu'on ne doit pas le regarder comme un remède souverain dans le *delirium tremens*.

Le *tartre stibié en lavage*, les *purgatifs*, le *calomel* prodigué en Angleterre, les *antispasmodiques*, les *excitants généraux*, le *sulfate de quinine à dose élevée*, ont été tour à tour vantés et dépréciés. Parmi ces moyens, ceux qui doivent inspirer le plus de confiance sont les vomitifs et les purgatifs. Quant à la *digitale à dose élevée*, il n'est pas encore démontré qu'elle ait les heureux effets qu'on lui a attribués.

M. le docteur Warwick (3) a rapporté un cas dans lequel les *inhalations de chloroforme* employées pendant deux heures, à des intervalles d'un quart d'heure, ont procuré un sommeil de trois heures, après lequel le malade fut parfaitement guéri. Il faut ajouter que, pendant les inhalations, on administra 50 gouttes de laudanum. Dans deux cas, le docteur Pratt (4) donna le *chloroforme en potion* à la dose de 4 grammes en une fois; après deux de ces doses données à une heure d'intervalle, les malades dormirent pendant quelques heures, et le calme était rétabli à leur réveil. Les moyens employés habituellement dans cette affection n'avaient procuré aucun soulagement.

Nous n'insistons pas beaucoup sur ces moyens curatifs, parce qu'il résulte des faits observés par Esquirol et M. Calmeil, que la simple *expectation*, en employant quelques *boissons délayantes*, le *repos* et des *bains tièdes*, suffisent, dans l'immense majorité des cas, pour procurer la guérison en quatre ou cinq jours.

[Les saignées sont souvent dangereuses, en affaiblissant encore la puissance cérébrale ; aussi a-t-on pu dire qu'il valait mieux ne rien faire que de saigner. Si Sutton et M. Rayer ont proscrit ce traitement, MM. Calmeil, Falret, Ware, n'hésitent pas à recourir à la saignée, aux ventouses scarifiées ou aux sangsues, lorsqu'il s'agit de conjurer un paroxysme chez des sujets replets, dont la figure est rouge, vultueuse, la tête pesante et douloureuse.

Le *delirium tremens* est particulièrement propre aux buveurs d'eau-de-vie; il est extrêmement commun en Suède, en Allemagne, en Angleterre, et c'est dans ce dernier pays qu'il a bien été décrit pour la première fois. Selon Lippich, cité par Roesch, le *delirium tremens* est le *meilleur alcoolomètre* pour indiquer la progression croissante de l'abus de l'alcool dans un pays.

Pour plus de détails, nous invitons le lecteur à recourir au mémoire de M. Rayer (5) sur ce sujet.

Le délire alcoolique n'éclate souvent que dans des conditions particulières, comme, par exemple, un accident, une maladie spontanée. Alors l'individu qui jusque-là avait supporté facilement l'abus des alcooliques est brusquement atteint

(1) *Des maladies mentales*. Paris, 1838.
(2) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 2 vol.
(3) *The Lancet*, janvier 1848.
(4) *Journ. amér. des sciences méd.*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 15 juillet 1853.
(5) *Mémoire sur le delirium tremens*. Paris, 1819, in-8.

[redacted]

des accidents que nous avons décrits, et pendant quelque temps on peut hésiter sur la nature de l'affection délirante qui intervient. Dupuytren avait observé, après les opérations chirurgicales, un trouble des fonctions cérébrales, qu'il désignait sous le nom de *délire nerveux*. La question de savoir si c'était le *delirium tremens* n'est pas encore bien résolue.

4. FOLIE ALCOOLIQUE AIGU.

Ce trouble momentané des fonctions cérébrales peut survenir spontanément; mais le plus ordinairement il succède au *delirium tremens*.

Les cas de ce genre, dit M. Delasiauve (1), ont passé inaperçus des médecins d'aliénés, et cela se comprend. « Le plus souvent le délire suraigu des ivrognes, se confondant, en raison de l'appareil fébrile qui l'accompagne, avec les affections cérébrales, est traité dans les hôpitaux ordinaires, tandis que nos asiles reçoivent presque exclusivement les cas de simple *stupeur ébrieuse*, plus semblable à l'aliénation mentale. Sous une perspective si opposée, les faits ne pouvaient être envisagés de la même façon : de là une confusion dont la classification s'est ressentie. »

Dans ces cas, en effet, les phénomènes physiques, comme les manifestations morales, contrastent avec l'appareil symptomatique du *delirium tremens*. En effet, selon le même auteur, la figure, au lieu d'être turgescente, animée, continuellement trémulante, est le plus souvent morne, abattue, pensive, parce que « la réaction hallucinatoire ne fend le nuage que par intervalles. » Rarement le pouls s'élève au-dessus du type normal; la sueur est modérée ou nulle; on ne remarque point non plus cette soif ardente, si commune dans le délire suraigu; la langue est seulement couverte d'un enduit muqueux, sale ou blanchâtre. Le tremblement est également beaucoup moins prononcé; parfois même il semble plutôt subordonné à l'hésitation de la pensée qu'à une irritation convulsive. Ajoutons que les attaques épileptiformes, complication fréquente de l'œnomanie suraiguë, sont exceptionnelles dans la forme bénigne.

Ce qui distingue surtout cette forme, au point de vue des fonctions cérébrales, c'est la production d'*hallucinations* qui reviennent par intervalles, au milieu de l'état physique que nous venons d'indiquer, état qui n'a rien de l'acuité et de la violence du *delirium tremens*.

Enfin, ce qui nous permet de faire rentrer les cas de cette nature dans l'*alcoolisme aigu*, c'est la rapidité de leur terminaison : quelquefois la guérison a lieu en moins de quinze jours.

5. ALCOOLISME CHRONIQUE.

Le mot *alcoolisme chronique* doit représenter tous les accidents qui suivent, à longue échéance, l'abus des spiritueux; dans ces cas, la continuation actuelle des excès n'est plus nécessaire pour l'évolution des symptômes morbides.

Au fond, les formes *aiguë* et *chronique* de l'alcoolisme sont de même nature, puisque la cause est identique, mais il y a cependant une différence entre les deux espèces d'intoxication. « La première, dit Marcet (2), consiste dans un trouble

(1) *Loc. cit.*
(2) *On chronic alcoholic intoxication*. London, 1860.

[redacted]

aigu et violent des fonctions du système nerveux, durant en général de quatre à dix jours, tandis que la seconde forme, au contraire, tout en ressemblant à l'autre sous des apparences plus calmes, prend la forme d'une maladie prolongée. L'alcoolisme chronique est un état de souffrance qui dure longtemps et sans interruption et n'accorde aux malades aucun repos de jour et de nuit. »

Puisque nous reconnaissons le lien de parenté entre le *delirium tremens* et l'alcoolisme chronique, à plus forte raison devons-nous reconnaître l'unité de cette dernière affection. Et dans cette pensée, il nous semblerait illogique d'établir plusieurs espèces d'alcoolismes chroniques; mais comme, en raison des fonctions variées du système nerveux, les manifestations peuvent se faire vers telle ou telle fonction, il est évident que l'affection peut présenter un grand nombre de formes diverses, et c'est là la cause de la division adoptée par Magnus Huss, au point de vue de la symptomatologie.

La division de cet auteur, la plus complète qui ait encore été présentée, est la suivante :

1° Forme paralytique ou parésique ;
2° — anesthésique ;
3° — hyperesthésique ;
4° — convulsive ;
5° — épileptique.

Il faudrait ajouter à cette division la forme prodromique, mais nous en avons déjà parlé.

Nous empruntons à Magnus Huss la description de ces formes, qui n'ont jamais été aussi bien exposées.

Forme paralytique ou parésique. — Ici l'affaiblissement de la force musculaire est ce qui prédomine. En général, cela ne va pas jusqu'à la paralysie, mais cela reste à l'état parésique. Cet état diffère de la paralysie suite d'apoplexie ou de maladies cérébrales. Il se porte peu à peu de la périphérie vers le centre. Il a été décrit sous les noms de « méningite chronique, *tabes dorsalis*, paralysie générale des aliénés, paralysie générale progressive ». Après une certaine durée des symptômes prodromiques (1re forme), les extrémités, surtout les membres supérieurs, commencent à s'affaiblir : — sommeil interrompu par des visions. Les bouts des doigts s'affaiblissent d'abord; le malade ne peut serrer la main que faiblement; il laisse échapper les objets qu'il a saisis.

La faiblesse s'étend aux avant-bras, au bras ou à l'épaule. Bientôt elle se manifeste aussi dans les extrémités inférieures. Le malade flageole sur ses jambes; sa marche devient incertaine, difficile à décrire, mais facile à reconnaître. Quelquefois la faiblesse s'étend même aux muscles du dos. Le malade s'affaiblit de plus en plus et devient incapable de se maintenir dans une position quelconque, il reste constamment couché. Cependant les mouvements volontaires ne sont pas complétement abolis. Il n'aime pas à se mouvoir, parce qu'il est obligé pour cela de faire de grands efforts; il ne peut manger lui-même, on est obligé de lui donner ses aliments. C'est dans ce cas que l'on peut appeler cela paralysie générale. Il s'y joint même quelquefois une paralysie de la vessie, du gros intestin, de l'œsophage et même de la langue; quelquefois des soubresauts des tendons et des crampes vien-

t se surajouter. Cette forme n'arrive pas chez tous les sujets à son développe-
it complet. Souvent les symptômes décrits précédemment sont très légers et
ompagnés de l'anesthésie qui caractérise la forme suivante. La faiblesse muscu-
e survient lentement ou bien se manifeste tout à la suite d'une maladie aiguë,
uelle peut être le *delirium tremens*, un rhumatisme aigu, un érysipèle, une
ssure, etc., même un état d'ivresse plus fort que de coutume, ou bien la cessa-
ı subite de l'usage des alcooliques. Au début, cette faiblesse musculaire varie
ntensité et se manifeste surtout le matin et après un état d'ivresse.

Si le malade ne fait pas d'excès, elle peut rester très modérée; mais s'il conti-
e à s'enivrer, elle peut atteindre le plus haut degré. Il est bien à remarquer
e la cessation brusque de l'usage des alcooliques produit souvent une aggrava-
n considérable.

Si l'usage de l'alcool est repris, les forces peuvent se relever pour un temps;
is finalement elles diminuent à un tel point, qu'elles ne peuvent plus être réta-
s que très incomplétement, à moins que le malade ne change totalement de
ime.

'il est déjà survenu une paralysie de la vessie ou du gros intestin, on peut dif-
ement s'attendre à une amélioration notable.

es symptômes du système musculaire sont accompagnés, ou précédés, ou sui-
d'autres états morbides qui contribuent encore à caractériser cette forme.

'extérieur du malade est changé; sa figure annonce l'hébétude et la paresse;
lanc des yeux devient jaunâtre ou gris jaunâtre; la peau est sèche et jaune.
malade s'amaigrit; les muscles deviennent flasques: rarement les apparences
es formes se maintiennent, ou, si elles persistent, les forces ont cependant
aru.

uant aux facultés intellectuelles, le malade devient indifférent, hébété, sa
noire s'affaiblit; son sommeil est interrompu par toutes sortes de visions;
vent le sommeil est précédé d'hallucinations de la vue ou de l'ouïe, ou même
n véritable délire tranquille; la vue s'affaiblit, les pupilles sont dilatées; l'œil
moins impressionnable à la lumière; le malade croit avoir un voile devant les
x, lesquels s'obscurcissent parfois totalement en même temps qu'il y a des
tiges; les mouvements brusques de la tête causent d'abord de ces sensations,
is bientôt le malade éprouve ces accidents, même quand il est tranquille
is mouvement); bourdonnements d'oreilles; dureté de l'ouïe; tous ces sym-
mes sont variables d'intensité.

'activité des organes digestifs est ordinairement changée; on trouve à un
ré plus ou moins élevé tous les symptômes d'une gastrite chronique, depuis
plus légers symptômes de dyspepsie jusqu'à cet état où presque tous les
ients sont rejetés par le vomissement; assez souvent il apparaît des symptômes
flammation chronique de l'intestin grêle et du gros intestin; l'abdomen est
lu, il y a des coliques, des flatulences; certains aliments sont rejetés par en
non digérés (lienterie); la constipation alterne avec la diarrhée; le foie est
éralement hypertrophié et déborde les fausses côtes d'un ou de plusieurs
ces et atteint quelquefois l'hypochondre gauche; quelquefois il diminue de
me à mesure que le corps s'amaigrit.

ais j'ai vu des cas où, malgré une grande faiblesse musculaire, le foie conti-

nuait à s'accroître ou conservait sa grandeur normale, c'est-à-dire que le foie devenait gras et ne passait pas toujours à l'état granuleux ou à l'état cirrheux. Quant aux organes thoraciques, dans cette forme ils ne présentent pas de changements constants.

Poumons, quelquefois un peu de catarrhe ; cœur, quelquefois un peu d'hypertrophie.

Quant au degré de l'alcoolisme, il est étonnant que tel individu qui a énormément abusé de l'alcool puisse ne pas avoir d'affaiblissement musculaire, tandis que tel autre, qui en a abusé beaucoup moins, peut être considérablement affaibli.

Forme anesthésique. —La dénomination d'anesthésique est prise d'une diminution de sensibilité dans certaines parties.

Cette diminution de sensibilité, bien qu'elle soit liée aux symptômes des formes précédentes, est cependant le symptôme prédominant.

Monneret (1) dit que, dans beaucoup de cas, les sens sont seulement affectés; que dans d'autres on a observé seulement une diminution considérable de la sensibilité tactile.

Avant que l'anesthésie ne devienne l'expression de l'intoxication chronique par l'alcool, elle est nécessairement précédée par un degré plus ou moins élevé de demi-paralysie (parésie). Elle est donc liée à la forme paralytique. Après un certain temps d'affaiblissement musculaire, le malade observe une diminution de la sensibilité du bout des orteils.

Cette diminution s'étend peu à peu à la plante des pieds, à leur face dorsale, au tibia, au mollet, au creux du jarret, et ne remonte guère plus haut.

Les mêmes phénomènes se manifestent plus tard dans le bout des doigts, et ne remontent en général que jusqu'aux coudes.

A ces symptômes anesthésiques, il s'en joint d'autres, dépendant de l'intelligence. Rarement le malade peut faire aucun effort d'esprit. Il s'aperçoit de la diminution de sa mémoire, et devient indifférent à tout ce qui se passe. Il a souvent des rêves pénibles et des hallucinations de la vue et de l'ouïe, etc., et enfin les symptômes qui appartiennent à un degré plus élevé, appelé paralysie générale des aliénés.

Il y a parfois embarras de la parole, et cet embarras ne se manifeste quelquefois qu'au commencement d'une conversation, ou quand le malade veut parler vite ou qu'il se fâche. Dès que la forme anesthésique s'est nettement produite, les désirs vénériens diminuent et même disparaissent aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Il n'y a plus d'érection, et la faculté de concevoir cesse quand même la menstruation continue.

Forme hyperesthésique. — On observe ici l'hyperesthésie dans les mêmes parties qui étaient affectées d'anesthésie dans les formes précédentes. Cette forme est rare.

La forme hyperesthésique se subdivise en deux formes dont l'une siége surtout dans la *peau* et l'autre dans les *parties profondes.*

La durée de cet état d'hyperesthésie n'a rien de régulier.

L'hyperesthésie peut disparaître, l'état paralytique persistant néanmoins. L'hyperesthésie semble disparaître assez facilement par la cessation des abus alcooliques.

(1) *Compendium de médecine pratique.*

'orme convulsive. — De toute antiquité on a remarqué que les mouvements lontaires sont une conséquence de l'alcoolisme. La première manifestation est emblement, dont le degré le plus élevé est une espèce de *chorée*. Plus tard iennent des soubresauts des tendons, et enfin des *accès convulsifs*, qui revê- quelquefois la forme épileptique et peuvent dégénérer en une véritable psie.

l'on voulait prendre ces phénomènes pour établir une classification nosogra- ue, on verrait que cela est très difficile, vu que les accidents varient suivant poques, et même d'un jour à l'autre.

n ne s'entend pas même sur les expressions, les uns appelant chorée ce que tres appellent épilepsie et convulsions, et *vice versâ*.

ous avons appelé forme convulsive celle qui présente, chez certains malades, attaques de mouvements involontaires que l'on appelle généralement con- ons.

a forme convulsive est donc caractérisée par des accidents convulsifs survenant des individus qui ont eu antérieurement des symptômes certains de l'al- isme.

es convulsions peuvent être générales ou partielles. J'en exclus les tremble- ts; les soubresauts des tendons n'en font partie qu'autant qu'ils sont les pro- nes de véritables convulsions.

u'il y ait eu ou non des soubresauts des tendons ou du tremblement, les con- ions apparaissent, soit à la suite d'une cause occasionnelle, comme une émo- , un effort, une très forte ivresse, une continence de liqueurs alcooliques, soit le manière inopinée. Elles sont quelquefois précédées d'hallucinations ou de ersions des sens.

rdinairement les accès vont en croissant d'intensité et de fréquence. Quelque- le malade reste des mois sans en éprouver. D'autres fois il en a tous les s plusieurs fois par jour, ou même plusieurs dans une heure. Quelquefois la naissance subsiste pendant l'attaque, d'autres fois elle est plus ou moins perdue. s il survient une prostration qui est en rapport avec l'intensité de l'attaque. Si us des alcools continue, les convulsions peuvent dégénérer en véritables atta- s d'épilepsie.

l y a quelquefois des traces d'irritation spinale traduites par une sensibilité à la sion sur la colonne vertébrale.

Forme épileptique. — Cette forme est connue, même des gens du monde, s le nom d'*épilepsie alcoolique* ou *des ivrognes*. Il est quelquefois difficile, ir le médecin qui n'a pas assisté à l'attaque, de dire si c'est de l'épilepsie ou non. diagnostic est d'autant plus difficile que l'on voit des accidents convulsifs passer à peu à la forme épileptique. Je n'appelle épileptiques que les accès qui pré- tent réellement des convulsions tétaniques suivies d'un sommeil comateux.

l ne suffit pas de constater qu'il y a des accès épileptiformes, car l'épilepsie ait pu préexister à l'alcoolisme, pourrait être héréditaire ou provenir d'une ladie organique. Dans tous les cas d'épilepsie, on a toujours constaté comme drome du vertige et des lipothymies.

Les attaques se rapprochent peu à peu, souvent elles sont précédées d'une *aura*. attaques ne se montrent pas constamment à la même heure du jour, mais elles

peuvent arriver la nuit, et alors le malade ne sait rien de ce qui s'est passé.

L'épilepsie alcoolique peut dégénérer en paralysie générale des aliénés. Elle peut aussi guérir, même assez facilement, par suite de la suppression des abus alcooliques. Enfin elle peut persister des années entières sans affecter beaucoup les facultés du malade.

Troubles de l'intelligence. — Les troubles de l'intelligence comprennent les illusions, le délire, l'affaiblissement de l'intelligence, l'insomnie et la tendance au suicide.

Les hallucinations s'observent fréquemment chez les malades; la nuit, les malheureux sont tourmentés par la vue d'objets effrayants ou repoussants; mais un caractère particulier à l'hallucination résultant de l'alcoolisme est, pour Magnus Huss, que les malades ont presque constamment, la nuit, la vue d'animaux qui les effrayent à un haut degré.

Le délire, si nous exceptons toutefois le délire aigu ou la manie alcoolique, est assez rare. L'intelligence, chez les dipsomanes, loin d'être exaltée, est déprimée, annihilée, et, pour nous servir de l'expression de M. Lasègue (1), c'est un véritable *abrutissement*, dont les malades ont conscience, et qui, lorsqu'il n'est point arrivé aux dernières limites, les pousse, dans le but de s'y soustraire, aux extrémités les plus graves.

Un des premiers symptômes de l'alcoolisme chronique est *le défaut de sommeil* et un grand état d'inquiétude nocturne. Le malade se tourne en tout sens sur son lit, et dès qu'il ferme les yeux, des visions extraordinaires et pénibles se déroulent devant lui. S'il parvient à dormir, son sommeil est troublé par des songes effrayants qui paraissent souvent indiquer un profond degré d'excitation mentale; souvent il rêve qu'il était à son travail durant toute la nuit, puis il se réveille au matin épuisé et incapable de tout mouvement.

Tendance au suicide. — La tendance au suicide paraît être extrêmement marquée chez les malades alcoolisés; mais presque jamais elle ne se manifeste au moment où le délire, les hallucinations existent. C'est au contraire lorsque les malheureux reviennent à la raison, ayant la conscience de l'abîme qui est devant eux, et ne se sentant pas capables de renoncer à leur détestable vice, qu'ils ont recours au suicide.

Dyspnée. — Un symptôme nerveux fort intéressant, signalé par M. Marcet, est la dyspnée qu'on observe fréquemment chez les malades atteints d'alcoolisme chronique, et elle constitue un fréquent symptôme de l'intoxication alcoolique chronique qui est entièrement indépendante de toute lésion pulmonaire.

Toute maladie survenant dans le cours de l'alcoolisme chronique, est plus grave et se termine plus promptement par la mort, que lorsqu'elle est sans complication.

IIe SECTION. — LÉSIONS ANATOMIQUES.

Il est incontestable que dans beaucoup de cas, à la suite de l'ivresse, les *centres nerveux sont sains*, et ne décèlent présentement d'autre preuve d'intoxication qu'une *odeur alcoolique*. Quelquefois il y a un *engouement sanguin* de tout le

(1) *Archives générales de médecine*, 5e série, 1853, t. I.

ıe veineux intra-crânien, comme dans l'asphyxie. Enfin nous avons cité ces quables *hémorrhagies méningées* dont M. A. Tardieu a si bien établi les rts avec les blessures.

auteurs qui ont écrit sur le *delirium tremens* ont trouvé tantôt un état sain ;ntres nerveux, tantôt une légère infiltration de sérosité dans la pie-mère et les ventricules. Morgagni a trouvé, chez un homme mort le quatrième jour ivresse profonde, un état de mollesse de la base du cerveau (1).

us ne pouvons pas mieux montrer l'incertitude qui règne sur ce point, qu'en : le passage suivant de M. Calmeil (2) : « Des recherches microscopiques con- ›lement conduites prouveront vraisemblablement un jour que les accès quali- le *delirium tremens* doivent se compliquer la plupart du temps, au bout de ȷues jours de durée, soit de fluxions inflammatoires, soit de fluxions avec pro- on de cellules granulées, au sein des éléments de la substance encépha- :. »

ıur ce qui est de l'alcoolisme chronique, les lésions sont plus constantes et ren- dans cette forme désignée par le même auteur sous le nom de *périencéphalite nique diffuse*. Mais encore sont-elles variables d'étendue, de siége, de degré. ınalysant les observations du remarquable ouvrage de M. Calmeil (3), nous s vu qu'on peut résumer ainsi les lésions, qui sont rarement simples, mais ȷue toujours multiples et diversement associées : congestion de la pie-mère ou plexus choroïdes ; granulations très fines et transparentes, épanchements sé- à la surface et dans l'intérieur du cerveau ; ramollissement léger de la surface hémisphères ou dans leur profondeur, et quelquefois même de quelques points moelle ; induration partielle de la pulpe nerveuse ; des traces de matière plas- ; ; enfin, dans un cas, on a trouvé du pus (obs. 112, t. II, p. 44).

IIIe SECTION. — Effets locaux de l'alcool.

ous examinerons les lésions survenant dans les principaux organes : affections estomac, du foie, des organes respiratoires, des reins, des organes génitaux, du ;me vasculaire, des organes des sens, etc.

ppareil digestif. — L'*estomac* éprouve une succession de troubles fonctionnels rganiques, dont nous ne pouvons donner que la simple énumération : tels la *perte de l'appétit*, les *vomissements*, particulièrement le matin, les *sécré- s muqueuses*, abondantes et souvent acides (*pituite*), la *gastralgie*, la *dyspepsie ;* ısuite la *dilatation* de l'estomac (Morgagni) ; peut-être les altérations de la *rite chronique*, l'*ulcère simple* (Cruveilhier) et le *cancer*. Relativement à cette ıière lésion, nous avons déjà fait nos réserves, en disant que l'alcool ne devait être considéré comme la cause productrice, mais comme l'agent de localisation a diathèse.

:i encore, pour éviter toute objection, nous devons dire qu'il y a deux manières

) Lettre XIV, 25.
) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, t. I, p. 216.
) *Ibid.*, t. II.

[redacted]

de considérer quelques-unes de ces altérations fonctionnelles et organiques. Sont-elles des effets purement *topiques ;* sont-elles le résultat d'une *action en retour* de l'alcoolisation de toute l'économie? C'est ce qu'il serait très difficile de décider. Ainsi, la dilatation est très probablement un effet mécanique dépendant de l'ingestion de grande quantité de liquide; mais en est-il de même des sécrétions muqueuses? Nous ne saurions nous prononcer. Quoi qu'il en soit, nous ne devions pas oublier de parler de ces affections stomacales, quel que soit leur mode de production, puisqu'elles viennent toujours, plus ou moins, compliquer l'alcoolisme.

Les mêmes observations s'appliquent, avec de semblables réserves, aux *maladies du foie.* Quelques-unes peuvent être le résultat d'une simple action locale. Ainsi, selon M. Beau (1), chez les personnes prédisposées, c'est-à-dire ayant un certain degré de congestion habituelle du foie, l'usage du vin, même étendu d'eau, peut produire de violentes douleurs névralgiques (*hépatalgie*), que l'on peut confondre souvent avec la *colique hépatique* produite par des calculs biliaires. Ce médecin pense que l'alcool agit alors comme topique irritant, après avoir pénétré dans le foie avec le sang de la veine porte; il n'agirait pas autrement, d'ailleurs, que le vinaigre, les sauces épicées, les condiments âcres, le remède de Durande (lequel augmente souvent les douleurs), et même l'eau de Vichy.

S'il en était réellement ainsi, ne pourrait-on pas croire que la *cirrhose* est due à ce mode d'action? Nous savons bien que cette affection s'observe souvent en dehors de toute influence alcoolique, et que, par cette raison, on pourrait être engagé à nier toute influence des spiritueux dans sa production; mais il nous semble que, considéré comme simple irritant, il peut être cause de cirrhose concurremment avec d'autres influences. Alors il produirait une congestion sanguine, l'augmentation du volume de l'organe et une inflammation véritable, laissant pour preuve de son existence des épanchements fibro-plastiques et l'augmentation de la trame cellulo-fibreuse. Et alors on verrait se dérouler, comme il suit, les altérations de la cirrhose.

Ces épanchements engendrés par l'inflammation deviennent cause à leur tour, et, joints à la congestion préexistante, ils compriment les parties environnantes. Les vaisseaux sanguins s'atrophient, s'oblitèrent. Les acini sont atrophiés; les parties où la congestion seule existait sans épanchement laissent quelques granulations hypertrophiées. Il y a cessation plus ou moins complète de la sécrétion biliaire. Au-dessous du foie, le tronc de la veine porte est considérablement dilaté. Cette dilatation est causée par l'atrophie de ses rameaux. Mais la circulation tend à se rétablir par les anastomoses existant dans la scissure du foie entre la veine porte et le système veineux général (Sappey, Ch. Robin) (2), et l'on voit, en effet, dans la cirrhose, la dilatation variqueuse de ces groupes veineux.

La gêne de la circulation abdominale et la défibrination du sang par suspension des fonctions du foie causent des hémorrhagies et l'ascite, etc. La cirrhose alcoolique ne peut être combattue victorieusement que lorsqu'elle est bornée à la période congestive; lorsque l'affection est plus avancée, les phénomènes morbides préexistants semblent appeler l'accomplissement du cercle nosologique de la cir-

(1) *Etudes sur l'appareil spléno-hépatique* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1851, t. XXV).
(2) *Ch. Robin, Rapport à l'Académie de médecine*, 31 mai 1856 (*Bulletin*, t. XXIV, p. 91).

[redacted]

rhose, et les accidents marchent en vertu d'une espèce de pouvoir acquis par le premier pas. La thérapeutique, inhabile à les détruire, ne peut plus que retarder leur marche.

Les lésions de la rate, que l'on a souvent constatées dans la cirrhose, doivent-elles quelquefois être considérées comme causées directement par l'alcoolisme, ou doit-on les regarder comme le résultat de la gêne de la circulation porte, par suite de l'oblitération des rameaux de cette veine dans le foie? Il nous serait impossible de trancher la question.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur l'étiologie et le mécanisme de ces lésions, l'anatomie pathologique a constaté tantôt une atrophie, tantôt une hypertrophie de la rate, jointe à l'existence de plaques laiteuses, fibreuses et cartilagineuses dans l'épaisseur de ce viscère.

Organes respiratoires et circulatoires. — Ils ne présentent que des lésions d'un intérêt secondaire et sur lesquelles nous ne pouvons insister : telles sont la *laryngite chronique*, ou du moins une affection caractérisée par la *raucité de la voix* et l'*aphonie*, ou la *bronchorrhée*. Enfin on a signalé (1) des *pneumonies aiguës*, nées sous l'influence immédiate de l'ivresse; il resterait à discuter la réalité du rapport que l'on a supposé.

On a rapporté aux excès alcooliques quelques lésions de la membrane intérieure du système vasculaire, et particulièrement les *ossifications des artères* et la *gangrène des membres* par suite d'artérite; mais on trouve peu de renseignements précis à cet égard.

Organes génito-urinaires. — La *maladie de Bright* peut-elle avoir pour cause l'abus des boissons alcooliques? Nous ne pouvons établir ce fait d'étiologie que par des commémoratifs, par la progression du mal sous une influence persistante, par la fréquence de la maladie dans les pays froids et par une analogie peut-être discutable avec l'albuminurie cantharidienne.

Les cantharides causent sur les reins des accidents spéciaux. Les reins servent d'émonctoires à la cantharidine, et ce principe si actif produit une espèce de vésication intérieure sur les tubuli du rein, en amenant la desquamation de leur épithélium; de là le passage de l'albumine dans l'urine.

La solution de la question aurait le plus haut intérêt si la maladie de Bright pouvait s'expliquer par ce mécanisme; car la prophylaxie en découlerait.

Nous ne faisons que mentionner l'*impuissance* chez l'homme, et malgré cela quelques tendances aux idées et aux actes obscènes (Marcel); et chez la femme on observerait la stérilité (Morel).

Organes des sens. — Nous avons déjà signalé les hallucinations. Quelques médecins attribuent à l'alcoolisme certaines affections de l'appareil de la vision.

IVe SECTION. — CONSÉQUENCES RELATIVES A L'INDIVIDU ET A L'ESPÈCE.

Ici nous posons des questions qui sont à l'étude plutôt que résolues.

1° L'alcoolisme influe-t-il sur la durée de la vie? — Nous n'avons aucun docu-

(1) Laborderie-Boulou, *De la pneumonie consécutive à l'intoxication alcoolique*, thèse. Paris, *1849*.

ment, aucun chiffre propre à donner une solution, mais il paraît fort naturel d'admettre qu'une pareille cause doive abréger la durée moyenne de la vie, lorsqu'on songe aux cas de mort subite par l'alcool, à la grande mortalité par le *delirium tremens* suraigu (Delasiauve), ainsi qu'à toutes les affections et à toutes les lésions organiques que nous avons décrites.

2° Un seul auteur, M. Morel, a émis l'opinion que l'alcoolisme transmet par hérédité aux enfants des tendances morbides particulières. Nous laissons à l'auteur la responsabilité de cette opinion qu'il fonde sur les remarques suivantes :

« L'idiotie qui se relie par ses causes héréditaires aux tendances alcooliques des parents offre un sujet d'étude des plus vastes et des plus complexes. Mes recherches sous ce rapport, dit M. Morel (1), coïncident avec celles des auteurs qui ont fait la remarque que la dégénérescence de l'espèce était plus fréquente dans les pays où les parents se livraient à l'ivrognerie chronique. J'ai rattaché à la même cause certains états instinctifs d'individus irrémédiablement frappés dans l'évolution de leurs facultés intellectuelles et affectives, et qui, sans pouvoir être assimilés aux idiots proprement dits sous le rapport physique et moral, apportaient en naissant des dispositions innées pour le mal. » M. Morel ajoute encore que la tendance à l'ivrognerie se transmet héréditairement.

Nous n'avons pas à nous occuper, dans une question aussi générale, des divers modes de traitement qui conviennent aux manifestations morbides que nous avons décrites, et qui varient par l'intensité, la durée et le siége.

§ I. — Traitement.

Les moyens les plus divers ont été mis en usage, et nous rappellerons seulement les émissions sanguines, l'opium, les excitants, les toniques, les vomitifs, les purgatifs, les affusions d'eau froide, le traitement moral, etc.

La valeur de quelques-unes de ces médications a été fort bien appréciée par Valleix lui-même (page 631).

Tout récemment M. Marcet a préconisé l'emploi de l'oxyde de zinc contre l'alcoolisme chronique. Selon cet auteur, l'oxyde de zinc, dans les cas simples, diminuerait d'abord l'insomnie et les hallucinations de l'ouïe et de la vue; les attaques de tremblement diminueraient d'intensité et disparaîtraient peu à peu: l'appétit reviendrait, et dès lors on pourrait regarder le malade comme entrant en convalescence. Nous ignorons si ce genre de traitement a été soumis par d'autres médecins à une expérimentation sévère.

Une question plus importante sans doute se présente ici : celle de la *désaccoutumance* des alcooliques.

« La thérapeutique de Magnus Huss, dit M. Lasègue (2), repose sur les indications les plus simples, et se compose de médicaments peu variés. Éloigner les causes qui entretiennent la maladie est évidemment la première indication à remplir ; on s'efforce ensuite, à l'aide d'un bon régime, de quelques toniques, de purgatifs chauds, de réparer les troubles de la digestion ; enfin les divers agents conseillés dans le cours des maladies nerveuses, antispasmodiques, comme l'asa fœtida, stimulants spéciaux, comme la noix vomique, sont employés suivant les

(1) A. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 579.
(2) *Archives générales de médecine*.

as. Un seul remède mérite d'être signalé : c'est l'huile empyreumatique, qui onne sa saveur spéciale à l'eau-de-vie de pomme de terre (*fermentoleum soloni*), la dose de 5 à 10 centigrammes, cinq ou six fois par jour, dans une potion ou n pilules. Ce produit paraît agir surtout en diminuant les douleurs épigastriques t le pyrosis, et semble devoir être rangé parmi ceux dont l'expérience a le mieux rouvé l'efficacité. Parlerons-nous de cette étrange médication dont la singularité nême a doublé la célébrité, et à laquelle de récentes expériences du docteur Nasse lonnent un nouvel intérêt. On sait que le moyen proposé et hardiment usité par in compatriote du docteur Huss consiste à guérir la dipsomanie alcoolique par 'abus même de l'alcool, porté à ses dernières limites ; on sait aussi que les succès it les insuccès ont été volontiers exagérés par les partisans ou les adversaires de cette méthode. Nasse a repris les expériences, et les résultats de ses observations ont été, en somme, assez favorables. L'addition de l'alcool à toutes les boissons, à ous les aliments des dipsomanes, a eu pour effet d'inspirer à ces malades le plus profond dégoût pour la liqueur dont ils abusaient, et dont ils finirent par ne plus même supporter l'odeur. La cure n'a pas cependant été toujours durable, et au bout d'un certain temps, on a pu constater des récidives. La médication d'ailleurs, employée avec la persistance sans laquelle elle est et doit être insignifiante, n'est pas dépourvue de dangers, et Nasse a vu la mort déterminée par cette intoxication artificielle.

V[e] SECTION. — EMPLOI DES ALCOOLIQUES DANS LE RÉGIME DES MALADES.

On a remarqué les fâcheux effets de la suppression des boissons excitantes chez les individus adonnés à leur usage, et qui sont pris de quelques maladies accidentelles. Chomel a bien formulé l'indication thérapeutique, en conseillant l'usage du vin à dose modérée, même pendant l'état aigu des maladies qui surviennent chez les buveurs, et a pratique s'est généralisée. Ainsi on emploie les boissons vineuses dans les pneumonies à forme adynamique, dans les cas où le *delirium tremens* éclate, à la suite d'une fracture, d'un accident chirurgical grave ou d'une grande opération.

En général, chez les vieillards dont toutes les maladies tendent à se compliquer l'adynamie, il convient de donner du vin même pendant la période aiguë fébrile.

Chez les enfants même très jeunes, âgés de trois ou quatre mois par exemple, sous l'influence d'affections graves (catarrhe suffocant, etc.), l'affaiblissement survient parfois avec une excessive rapidité, l'alimentation est impossible, les médicaments n'ont plus d'action ; les alcooliques, vin de Malaga, vin de quinquina, sont alors une dernière et puissante ressource, dont nous avons pu dans plusieurs circonstances constater les effets presque merveilleux.

C'est en se fondant sur des considérations d'analogie, que l'on administre l'eau-de-vie ou le rhum dans le choléra, dans les vomissements nerveux de la grossesse, etc., etc.

Nous avons déjà parlé de l'emploi des alcooliques comme moyen de *prophylaxie*. Si, à une certaine époque, les médecins ont pu considérer l'alcool comme antiputride et antiseptique (Pringle), cette idée n'est plus actuellement acceptée que par le vulgaire, mais elle a des effets désastreux, et il importe beaucoup de prévenir contre les dangereuses applications qu'elle peut avoir. On sait que la plu-

[redacted]

part des ouvriers prennent le matin quelques liqueurs alcooliques, pour obtenir une prétendue immunité contre les *miasmes;* que ceux qui travaillent dans les égouts, dans les cimetières, dans les clos d'équarrissage en font autant; que dans les pays chauds, les immigrants agissent de même, pour se préserver des fièvres bilieuses, des dysenteries, des fièvres intermittentes, du typhus, des influences nosocomiales. De l'avis de la plupart des médecins, cette pratique serait non-seulement sans efficacité, mais encore dangereuse; et dans les épidémies de choléra qui ont sévi en France, on a pu remarquer que les personnes qui usaient des alcooliques comme moyen préservatif, étaient plus promptement frappées que celles qui s'en abstenaient.]

ARTICLE VIII.

ERGOTISME.

Quoique l'on ait trouvé, dans les écrits que nous a laissés l'antiquité, quelques passages qui semblent se rapporter à l'*ergotisme*, il faut arriver au dixième siècle pour avoir des relations assez exactes d'épidémies de cette maladie; mais à dater de cette époque, les historiens en ont mentionné toujours un certain nombre, et c'est surtout dans les quatorzième, quinzième et seizième siècles qu'on vit sévir les plus meurtrières. Dans le dix-septième et le dix-huitième siècle, on en observa encore un bon nombre, principalement en Allemagne. Parmi les auteurs qui nous ont laissé les travaux les plus importants sur cette maladie, dont les exemples sont devenus beaucoup moins fréquents de nos jours, il faut citer Schenk, Mulcaille (1), Salerne (2) et l'abbé Tessier (3).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*ergotisme* est une affection produite par l'usage du seigle ergoté, et caractérisée tantôt par des convulsions, tantôt par la gangrène des membres. Il résulte de là que cette maladie doit être divisée en *ergotisme convulsif* et *ergotisme gangréneux.*

Cette affection a reçu les noms de *feu sacré*, *feu Saint-Antoine*, *feu Saint-Marcel*, *mal des ardents*, *gangrène des Solognots; convulsion céréale*, *raphania.*

§ II. — Causes.

On a attribué la maladie qui nous occupe au mélange, avec les graines alimentaires, de différentes plantes, telles que l'*ivraie enivrante*, la *raphanelle*, le *mélampyre*, les *coquelicots;* mais les expériences de Salerne, de Read (4) et de l'abbé Tessier ne laissent aucun doute sur la cause réelle du mal, et prouvent qu'elle est véritablement due à cette production parasitaire du seigle à laquelle on a donné le nom d'*ergot.* Il ne peut rester quelque doute que relativement à l'ergotisme

(1) *Académie des sciences*, 1748.
(2) *Mém. de l'Acad. des sciences*, t. II.
(3) *Mém. de la Société royale de méd.* Paris, 1776, t. I, p. 417; 1778, t. III, p. 387. — *Voy. aussi* Aug. Millet, *Du seigle ergoté*, dans *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVIII, p. 177.
(4) *Du seigle ergoté*. Metz, 1774.

onvulsif; car, dans les expériences dont nous venons de parler, c'est surtout la angrène qui s'est produite.

Les *causes prédisposantes* sont la *misère*, les privations de toute espèce, l'*habitation dans des lieux bas et humides*.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, la division que nous avons admise plus haut loit être nécessairement suivie.

1° *Ergotisme convulsif.* — Le *début* de l'ergotisme convulsif n'est pas, en général, rapide. Pendant un temps plus ou moins long (de 7 à 20 et 25 jours), on observe le brisement des jambes, l'agitation, la céphalalgie, la tristesse, des fourmillements, des picotements, des crampes dans les jambes et une grande irrégularité de l'appétit.

Ces premiers symptômes vont ensuite en augmentant; une *chaleur douloureuse* se manifeste dans les pieds, et enfin surviennent les *convulsions*. Ce sont des *convulsions toniques*, qui produisent la *flexion forcée* de toutes les articulations des membres, de telle sorte que les talons viennent se coller sur les fesses, et les mains sur les épaules; des accidents semblables se manifestent dans le tronc, et l'on observe l'*opisthotonos* et le *trismus*.

A ces convulsions toniques se joignent, vers le début, des *convulsions cloniques* très violentes et très douloureuses; les *secousses* sont plus ou moins rapides, et toujours très fortes. On voit alors la *face* agitée d'affreuses convulsions, et les yeux contournés par le *strabisme*. Plusieurs malades se mordent la langue, et il y a une *écume sanguinolente* à la bouche.

Ensuite la *céphalalgie* persiste, et les malades tombent dans un *délire* ordinairement furieux, avec vociférations, et quelquefois hurlements; on observe aussi la perte de la mémoire et de l'*intelligence*, la *stupeur* et le *coma;* la *vue*, ordinairement affaiblie, est assez souvent abolie, ou présente des troubles divers.

Les *symptômes du côté du tube digestif* ne sont pas constants; lorsqu'ils existent, ils consistent dans la douleur épigastrique, des nausées et des vomissements bilieux, des coliques, des selles liquides et fétides; parfois les selles sont involontaires, ainsi que les urines.

Il est ordinaire de trouver les *extrémités* froides, quoique le corps soit couvert de sueur, et les malades se plaignent d'une *ardeur douloureuse* dans tout l'intérieur du corps; à ces phénomènes succède ordinairement un état de *collapsus profond* et de *paralysie générale* qui précède la mort. *Dans les cas de guérison*, les symptômes s'apaisent peu à peu, et les malades conservent pendant un temps souvent fort long un affaiblissement de la vue, une faiblesse ou un tremblement des membres et l'affaiblissement de l'intelligence.

Accès convulsifs. — Les symptômes que je viens de décrire ne se montrent pas d'une manière continue; mais le délire, les convulsions cloniques, épileptiformes, l'agitation extrême, reviennent par moments plus ou moins rapprochés, et constituent ce que l'on a appelé l'*accès d'ergotisme convulsif*.

2° *Ergotisme gangréneux.* — L'ergotisme gangréneux commence, à très peu près, de la même manière que l'ergotisme convulsif; mais, au bout de quelques

jours, les *douleurs* deviennent beaucoup plus vives et plus profondes dans les extrémités qui doivent être frappées de gangrène; elles arrachent des cris aux malades; les uns éprouvent, dans ces points, une *chaleur brûlante*, d'autres, au contraire, un *froid* extrêmement vif; quelquefois une *rougeur érysipélateuse* se montre sur les membres; à cette époque, le *pouls* devient serré et fréquent; la *sueur* se montre à la tête et vers l'épigastre, et cependant l'*appétit* peut persister encore.

Plus tard la *douleur cesse* dans les points qui doivent être frappés de gangrène, tandis que dans les parties plus élevées elle envahit des points qu'elle n'occupait pas encore. Enfin, on voit les *extrémités* devenir violacées, très froides, puis noircir, se dessécher ou se couvrir de phlyctènes pleines de sérosité sanguinolente, et cette gangrène gagne ensuite de proche en proche jusqu'à ce qu'elle se trouve bornée par une bande rouge et enflammée qui indique le point où se sépareront les parties mortifiées. Ordinairement cette gangrène reste bornée aux pieds et aux mains; mais, dans quelques cas, on l'a vue s'étendre à tout un membre.

Plus tard encore la *séparation se fait*, la *suppuration* s'établit à la limite des parties mortes et des parties vivantes, et l'on voit se détacher toutes les parties affectées. *Lorsque la gangrène n'est pas sèche*, il s'écoule des points malades une *sérosité rougeâtre*, d'une *odeur très fétide et caractéristique*. Pendant que ces phénomènes se produisent, le *pouls* est faible, petit, misérable, accéléré; il y a une *prostration extrême*, la *peau* se couvre d'une sueur froide et visqueuse; la *langue* se sèche; la *diarrhée* s'établit, et les malades tombent dans un état demi-comateux. *Dans les cas de guérison*, qui n'ont guère lieu que lorsque la partie mortifiée est d'un petit volume, une bonne suppuration s'établit après la chute des eschares, et la cicatrisation se fait comme dans les plaies ordinaires.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans les cas d'ergotisme convulsif, la *marche* de la maladie est irrégulière, comme celle des névroses, et ce sont principalement les accès qui la caractérisent; dans les cas d'ergotisme gangréneux, la marche est continue. La *durée* de la maladie, dans les deux cas, est très variable; la mort, dans un accès, peut abréger beaucoup celle de l'ergotisme convulsif; quant à l'ergotisme gangréneux, on peut dire que la durée est toujours longue; elle l'est surtout lorsqu'une partie d'un volume considérable est détachée par la mortification.

La *terminaison* par la mort est fréquente; tout dépend, relativement à l'issue de a maladie, de l'intensité de la cause toxique.

§ V. — Lésions anatomiques.

On a trouvé, chez les sujets qui ont succombé à l'ergotisme, l'inflammation d'un grand nombre d'organes; mais ces lésions ne sont pas constantes, et tout porte à croire qu'il existe une altération du sang, à laquelle seule on peut attribuer tous les symptômes qui caractérisent la maladie. Suivant M. Roche, la gangrène des extrémités serait due à une artérite, comme la gangrène sénile; mais les recherches d'anatomie pathologique ne nous ont pas encore suffisamment éclairés sur ce point.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est aujourd'hui reconnu que l'on ne peut pas, par la connaissance seule des symptômes, arriver au diagnostic de l'ergotisme. Lorsqu'on trouve une affection présentant les signes que nous avons énumérés plus haut, il faut rechercher quel est le genre de vie du malade, et surtout s'informer s'il règne une affection épidémique présentant des symptômes analogues.

Pronostic. — Ce que j'ai dit plus haut de la terminaison de la maladie prouve assez combien le pronostic est grave ; les accès convulsifs sont presque constamment mortels, et il en est de même de la gangrène d'une partie volumineuse.

§ VII. — Traitement.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur le traitement de cette affection, parce qu'il n'est nullement démontré que les moyens qui ont été recommandés par les auteurs aient une grande influence sur la terminaison de la maladie.

On a employé tour à tour l'*opium* à haute dose, les *frictions camphrées, aromatiques ;* les *vésicatoires*, les *bains sulfureux*, les *bains de vapeur*, les *sudorifiques* et les *antispasmodiques*, contre l'ergotisme convulsif. Dans les cas de gangrène, on a donné les *excitants généraux*, les *toniques*, parfois les *vomitifs et les purgatifs*, les *acides minéraux*, et un grand nombre de substances particulières.

On n'est pas d'accord sur le degré d'utilité de la *saignée.* Les auteurs qui regardent l'ergotisme gangréneux comme la suite d'une artérite ont beaucoup de confiance dans les *émissions sanguines, générales et locales ;* mais c'est là le résultat d'idées théoriques qui auraient besoin d'être confirmées par l'expérience.

CHAPITRE V.

EMPOISONNEMENTS PAR LES SUBSTANCES MINÉRALES.

ARTICLE Ier.

EMPOISONNEMENT PAR L'HYDROGÈNE SULFURÉ.

Signes de l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré. — Les ouvriers qui descendent dans les *fosses d'aisances* sont surtout sujets à cet empoisonnement. L'*hydrosulfate d'ammoniaque* et l'*acide hydrosulfurique* sont les deux gaz qui constituent le plomb, expression par laquelle on désigne et l'exhalation délétère, et les accidents qu'elle produit.

Quelquefois les sujets tombent *comme foudroyés.* Dans les cas moins violents : douleurs très vives à l'épigastre ; arthralgie, céphalalgie. Constriction pharyn-

[redacted]

gienne ; nausées, lipothymies. Parfois délire, convulsions, rire sardonique ; cris ; puis face livide, écume sanguinolente à la bouche, irrégularité du pouls, et tous les symptômes de l'asphyxie.

Traitement. — M. Bouchardat (1) le formule comme il suit :

1° *Traitement de l'empoisonnement par le gaz des fosses d'aisances.* — Il importe de faire *le plus tôt possible respirer du chlore avec précaution.* Labarraque a sauvé un vidangeur asphyxié en plaçant sous son nez, à différentes reprises, un linge trempé dans une *dissolution de chlorure de soude.*

» Si l'on n'a pas de chlorure de soude sous la main, comme le succès dépend de la rapidité du secours, on trouvera chez tous les épiciers de l'*eau de javelle*, qui est du *chlorure de potasse*, et l'on en imbibera un linge qu'on promènera avec précaution sous le nez de l'asphyxié. On pourra *activer*, s'il en est besoin, le *dégagement du chlore*, en versant *quelques gouttes de vinaigre* sur le linge imbibé d'eau de javelle. On pourra encore, comme M. Mialhe, obtenir un dégagement lent et gradué du chlore, en enfermant *dans une compresse une poignée de chlorure de chaux*, et en versant sur cette compresse *quelques gouttes de vinaigre.*

» Quand le malade commence à respirer, il faut l'*exposer au grand air*, rappeler la chaleur à la peau, en le *brossant fortement avec une brosse de crin*, et en l'enveloppant de *couvertures chaudes.* On pratiquera une *saignée*, puis on administrera une *potion antispasmodique avec deux grammes d'éther.* »

L'*ammoniaque* respirée avec précaution est, comme l'a constaté Orfila, utile pour ranimer le malade.

2° *Traitement de l'empoisonnement par le foie de soufre*, l'*eau de Baréges pour bains, etc.* — « Il faut immédiatement *provoquer le vomissement par l'ingestion d'une grande quantité d'eau tiède*, par d'*abondantes boissons mucilagineuses* et par la *titillation de la luette*, et même, si les vomissements étaient rebelles, il faudrait recourir à la *pompe œsophagienne.* On ne peut faire vomir avec l'émétique ou le sulfate de cuivre ou de zinc, car ces sels sont décomposés par le sulfure alcalin. On administre ensuite par demi-verrées, tant que les vomissements ont l'odeur d'œufs pourris, la *solution de dix grammes de protosulfate*, ou mieux de *persulfate de fer dans un litre d'eau*, et *deux cents grammes de sucre ;* au lieu de sulfure de potasse vénéneux, il se forme du sulfate de potasse purgatif, et du sulfure de fer insoluble. »

ARTICLE II.

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORE, LES CHLORURES, L'IODE.

Signes de l'empoisonnement. — Resserrement de la poitrine, oppression, crachats sanguinolents (chlore) ; nausées, ardeur du pharynx, vomissements de matières tachées de jaune (iode).

Traitement. — *Chlore :* eau légèrement ammoniacale ; émollients. *Iode : amidon, colle d'amidon ;* émollients.

(1) *Annuaire de thérapeutique.* Paris, 1847.

ARTICLE III.

ACCIDENTS OCCASIONNÉS PAR L'IODE. — IODISME.

[M. Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, a présenté à l'Académie de decine de Paris, dans le cours du mois de janvier 1859, un mémoire intitulé : *l'iodisme constitutionnel* (1).

L'auteur résume son travail sous quatorze conclusions; elles sont fondées sur t-sept observations. Une d'elles a pour sujet un chien braque de huit ans, eint d'un goître.

§ I. — Historique.

Coindet avait à peine doté la thérapeutique d'un de ses plus puissants médiments, l'iode, que déjà quelques accidents s'étaient produits. MM. Marc d'Este, Maunoir, Bizot, Lebert et quelques autres médecins distingués, observèrent s cas d'intoxication par l'usage de l'iodure de potassium. Bientôt les divers pratins de l'Europe assistèrent aux mêmes accidents, et parmi eux il faut citer ifeland.

Des faits opposés aux précédents abondent. MM. Boinet et Dorvault arguent petit nombre des observations d'iodisme pour infirmer leur valeur réelle. Ces ux auteurs mettent les accidents produits par l'iode sur le compte de la dose, mode d'administration et de l'espèce de préparation iodée.

§ II. — Définition, formes et causes.

La *définition* de l'iodisme qui résulterait de tant de phénomènes si divers, si ngeants, est encore assez difficile à formuler; l'auteur du mémoire, M. Rilliet, la donne pas.

Voici les différentes *formes* d'intoxication iodique :

Elles sont au nombre de trois : 1° une intoxication produite par l'administration trop fortes doses ou par une mauvaise préparation du médicament.

Cette forme constitue l'empoisonnement traumatique ; le tube intestinal est lésé mme il peut l'être par les agents irritants, les symptômes ne sont donc pas spéiques à l'iode. L'action est locale, les symptômes sont locaux.

2° Une intoxication produite par des doses fortes, mais cependant moins conlérables ou mieux tolérées par l'estomac que dans le cas précédent.

L'iode est alors absorbé, puis éliminé, et produit sur le tube digestif des effets édiocres, et sur les organes d'élimination des effets *spéciaux* (ophthalmie, coryza, livation, éruptions diverses).

(1) Voyez *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 349, et *Gazette hebdomadaire*, nos 14, 15, 16 avril 1860. Ce travail fut l'objet d'un long et savant rapport de le professeur Trousseau qu'on lira avec intérêt (*Bulletin de l'Académie*, 1860, t. XXV, 382). L'importante discussion qui suivit la lecture de ce rapport et à laquelle prirent part I. Ricord, Bouchardat, Piorry, Chatin, Gibert, Velpeau, Baillarger, Boudet, Poggiale, a été gistrée avec exactitude dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XXV, p. 406 à 547.

[redacted]

3° Enfin une intoxication *spécifique*, c'est-à-dire dont les symptômes n
plus communs à l'iode et à d'autres médicaments (comme le mercure
exemple).

Ces symptômes ne dépendent plus de l'action *directe* de l'iode sur l'eston
de son *action en retour* sur les organes d'élimination, mais de l'action propre
métalloïde et de son dynamisme.

Ces trois variétés ne sont pas toujours isolées, elles s'unissent à diff
degrés.

§ III. — Symptômes.

Première forme. — Accidents locaux dépendants de l'ingestion de l'iode
ses composés donnés à haute dose.

1° *Quand les accidents sont bien accusés*, on constate la sécheresse, l'ard
la constriction de la gorge, les vomissements, la diarrhée, de violentes dou
d'estomac, la petitesse du pouls, l'anxiété, l'agitation, la céphalalgie, et quan
douleurs sont très intenses, un état presque convulsif.

2° *A un degré moindre*, on n'observe guère que des vomissements, de la
rhée, quelques coliques passagères et de l'ardeur à la gorge. Ce n'est guère
l'iode pur ou en solution dans l'alcool ou l'hydriodate de potasse ioduré, qui
produire à un haut degré ces accidents. L'hydriodate de potasse neutre les o
sionne bien rarement, même à dose élevée, encore les médecins qui l'ordon
contre la syphilis observent-ils quelquefois de la gastralgie, des vomissement
de la diarrhée.

Les délayants et les calmants triomphent bien vite de ces symptômes.

Deuxième forme. — Accidents moins prompts que les précédents, assez
cependant, produits par l'iode ou ses composés à haute dose, et résultant
l'absorption du métalloïde, de son action sur son système nerveux et de son éli
nation par les organes sécréteurs.

Cette forme peut se manifester à tout âge; elle n'est pas fréquente.

Quelques jours, ou même seulement quelques heures, suffisent pour la prem
manifestation symptomatique. Les phénomènes nerveux, qu'on peut résumer
le nom d'*ivresse iodique*, se montrent tout d'abord; ils se composent de cé
lalgie sus-orbitaire, trouble de la vue, tintements d'oreille, stupeur (Lugol), m
vements convulsifs. Ce sont là des symptômes *spécifiques*, ils sont propres à l'i
Peu après surviennent les symptômes dits spéciaux, annonçant l'action de l
sur les organes d'élimination : ophthalmie, coryza, la salivation, les vomissem
la diarrhée, la polyurie, des éruptions variées depuis un simple érythème jusq
morbus maculosus. Plus tard survient l'atrophie des glandes, des seins,
testicules (Cullerier), avec intégrité de la santé générale. M. Rilliet pense q
purpura hæmorrhagica et d'autres hémorrhagies observées chez des sujets t
par l'iodure de potassium à haute dose, sont peut-être l'effet de l'*alcalinis*
plutôt que de l'*iodisation*.

Troisième forme. — Intoxication spécifique produite par l'iode ou par ses
posés, plus fréquente chez les sujets traités par les petites que par les grandes d
et dans le cas de bonne santé que dans celui de diathèse confirmée et local
plus fréquente aussi dans certains pays que dans d'autres, extrêmement rare ch

nts, et d'autant plus à redouter que les malades sont plus avancés en âge. C'est *turation iodique*, l'*affection constitutionnelle* de Coindet, et la *cachexie io-é* ou iodisme de quelques auteurs. M. Rillet adopte la dénomination d'*iodisme* *itutionnel*. L'iodisme peut exister à tous les degrés; depuis un léger amai-ement jusqu'à la fonte du malade, on peut distinguer une foule de nuances se résument sous trois chefs :

iodisme léger ;

iodisme de moyenne gravité ;

iodisme grave ou très grave.

disme léger. — Après un usage plus ou moins prolongé de l'iode, les malades, en se félicitant de la diminution de leur goître, s'ils en sont porteurs, ne tar-pas à observer qu'ils ont maigri, pâli, et qu'ils se sont affaiblis. Cet état est plus jant pour les familiers du malade que pour eux-mêmes. L'amaigrissement est tôt suivi de palpitations, d'abattement, d'une dépression considérable des s, de la tristesse, de l'insomnie, et d'une susceptibilité nerveuse plus ou moins oncée.

a cessation du traitement fait cesser les accidents.

disme de moyenne gravité. — Si la maladie a été méconnue, les symptômes gravent; la maigreur, la tristesse, l'insomnie, la disposition à la frayeur, les itations augmentent, l'appétit se perd, ou bien il y a une sorte de boulimie; de la constipation, des douleurs abdominales, surtout au niveau des insertions liaphragme.

odisme grave ou très grave. — Les symptômes ne diffèrent des précédents que la rapidité de leur apparition et leur intensité, ils revêtent au début un caractère gravité. Dans ce cas le goître, s'il existe, disparaît ou diminue en quelques s; l'amaigrissement survient avec une rapidité effrayante : en une ou deux aines les malades sont méconnaissables, ils ont vieilli de vingt ans. Le marasme général, mais il porte principalement sur les organes glandulaires. Le pouls célère et est plutôt petit que plein. Le visage est pâle ou jaunâtre ; les yeux, lés de noir, fixes et un peu égarés. La voix est cassée, les membres tremblent; le moindre mouvement, la respiration est essoufflée. Les symptômes nerveux t très pénibles ; le cauchemar, l'inquiétude, l'impressionnabilité sont devenus êmes. A l'exploration directe des organes, aucune lésion ne se trahit. Les ades ne s'alitent pas et quelquefois même conservent un appétit souvent exa-é ou désordonné. Cependant l'état du malade est loin d'être désespéré : un tement efficace, la cessation de l'usage des préparations iodées permettent une mpte amélioration; mais les traces du mal persistent longtemps. L'atrophie des s et des testicules est définitive. Cependant les malades meurent rarement de rasme iodique.

Tel est le tableau des symptômes, dit M. Rilliet.

Coindet ajoute une enflure notable des jambes. Le docteur Jahn présente les bles iodiques sous des couleurs plus sombres.

MM. Coindet fils et Marc d'Espine insistent tous sur la boulimie.

[redacted]

§ IV. — Marche, durée.

Marche.—Tantôt la marche est lente et très insidieuse, tantôt elle est franche dès le début. Quelquefois latente au début, la maladie devient tout grave.

L'iodisme est toujours une maladie chronique. Sa plus courte *durée* est semaines, mais elle peut se prolonger jusqu'à six mois et plus. Le rétablis complet se fait attendre plusieurs années.

§ V. — Pronostic et terminaison.

L'iodisme à début lent est généralement plus facile à guérir. Le pronostic en partie sur cette forme de début. Il faut tenir compte de l'âge ; les sujet sont plus gravement atteints. Le tempérament nerveux favorise aussi la gravi symptômes. L'iodisme grave guérit le plus souvent ; cela est plus vrai encore les autres formes graves.

La *terminaison* presque toujours favorable n'exclut pas la mort. M. Jal cite deux cas, le docteur Caffe un autre, M. Marc d'Espine deux autres.

En somme, l'iodisme est une maladie pénible qui pendant longtemps tr la vie des malades.

§ VI. — Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique est encore à faire. M. Jahn, chez deux sujets, a tr la graisse disparue, les glandes sont presque fondues, ainsi que les ganglions sentériques, les capsules surrénales, le foie, la rate et les ovaires.

§ VII. — Diagnostic.

De la boulimie, de l'amaigrissement, de la susceptibilité nerveuse, et surtou palpitations survenant chez un goîtreux feront soupçonner l'iodisme, bien qu malade nie avoir suivi un traitement iodé. En effet, dans aucune autre maladi ne trouve réunis ces quatre ordres de symptômes. Si les uns ou les autres manqu le diagnostic devient plus difficile. Pour l'établir, il faut distinguer la forme a et la forme lente.

1° Au *premier* cas, la rapidité du pouls, l'amaigrissement rapide, la pâleu la peau, l'essoufflement, sans boulimie, peuvent faire croire à la *chlorose simu la phthisie* décrite déjà par M. Rilliet (1), mais la connaissance de la cause du quelquefois la disparition rapide d'un goître avec amaigrissement très pro l'apparence sénile chez les uns, puis les œdèmes et les autres signes de chlorose les autres, éclairent le diagnostic. Notons cependant que la chloro-anémie qui vient à la longue dans l'iodisme ne peut servir à éclairer le diagnostic, qui ne se faire alors qu'au moyen des phénomènes spéciaux ou spécifiques de l'iode.

2° *Dans le second cas*, si la marche est *lente*, *latente*, on pourra soupço un *diabète* latent, ou un de ces états cachectiques qui précèdent quelquef moment où l'on peut constater la localisation positive d'une diathèse.

L'analyse chimique des urines répond aux doutes de *diabète latent*, sans pol ni soif.

(1) *Archives de médecine*, février 1855.

es *diabètes évidents*, le diagnostic est clair. *Iodisme :* boulimie, marasme; polydipsie, marasme.

bète peut-il être produit *par l'iodure de potassium*, ainsi que M. Ricord en exemple? Mais les urines de ce malade contenaient-elles du sucre, ou ne -il que d'une polydipsie ou d'une polyurie simple? Il faudrait rechercher semblables.

iathèses scrofuleuse et *cancéreuse*, qui n'ont pas encore éclaté par une ition locale, sont accompagnées de *dyspepsie*, l'amaigrissement est moins 'état nerveux et les palpitations manquent.

fections organiques du cœur commençantes sont plus obscures, mais les its de rhumatisme articulaire aigu généralisé, d'endocardite, de pleurésie auche, d'une part; puis les signes tirés de l'auscultation et de la percussion le jugement.]

ichondrie, par sa tristesse et ses symptômes nerveux, peut être mise en Rechercher la cause, constater l'amaigrissement rapide inconciliable avec s névroses, la boulimie, les frayeurs, les tremblements des membres qui nent presque exclusivement à l'iodisme.

on fera en tout état de cause l'examen chimique des sécrétions, on pro- la réaction de l'iode libre sur l'amidon, et on le séparera des bases qui inies.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

IODISME AIGU.	CHLOROSE AIGUE SIMULANT LA PHTHISIE.
ssement rapide.	Amaigrissement lent.
ce sénile.	Pas de rides séniles, plutôt bouffissure.
onnue (traitement).	Fatigues physiques ou morales, dysménorrhée.
on rapide d'un goître et atrophies s.	Appareil glandulaire normal.
IODISME LENT CHRONIQUE.	DIABÈTE LATENT (SANS SOIF NI POLYURIE).
de l'urine: iodure d'amidon de cou-	Analyse de l'urine : précipité jaune par le liquide de Barreswil.
IODISME CHRONIQUE.	DIABÈTE COMPLET.
.	Polydipsie.
.	Signe commun.
vers guérison.	Marche vers la phthisie.
anté générale est troublée, plus les d'iodisme sont graves et éclatants.	Plus la santé est troublée, moins les symptômes principaux (glycosurie) sont manifestes.
ladies intercurrentes s'ajoutent à	Les maladies intercurrentes guérissent le diabète.
nt très efficace.	Médiocre effet de la thérapeutique.
IODISME CHRONIQUE.	DIATHÈSES (SCROFULEUSE, CANCÉREUSE).
issement est accompagné de bou-	L'amaigrissement est accompagné de dyspepsie.
encore notable de l'amaigrissement.	Lenteur de ce phénomène.
veux, palpitations, même sans ca- iloro-anémie encore manifeste.	Manquent, à moins de cachexie ou de chloro-anémie, dès lors doute impossible.

[redacted]

IODISME CHRONIQUE AVEC CHLORO-ANÉMIE.	MALADIE ORGANIQUE CHRONIQUE DI COMMENÇANTE.
Antécédents nuls, la pathologie des séreuses interrogée inutilement chez le malade.	Antécédents de rhumatisme artic fébrile, polyarticulaire, généralisé sans coïncidence de signes évidents endocardite, avec traitement nul ou i
Pas de pleurésie à gauche.	Pleurésie ancienne de ce côté.
Souffles cardiaques plutôt à la base du cœur.	Plutôt à la pointe.
Battements d'une clarté exagérée.	Quelques bruits imparfaits, plut indiquant des rugosités valvulaires.
Maigreur.	Œdème.
Pouls mou, large, lent.	Pouls dur, serré, vif.
Intermittences vraies, avec suspension d'un battement au cœur et au pouls.	Intermittences fausses; le pouls r que seul; la contraction du cœur ex pu être incomplète, avortée.
Auscultation et percussion très souvent négatives.	Signes évidents ou obscurs, mais par une oreille exercée.
Enfants, jeunes gens.	Adultes, vieillards.
Un goître en traitement.	Rien d'analogue.
L'urine donne l'iodure d'amidon.	L'urine peut donner de l'albumin

IODISME CHRONIQUE.	HYPOCHONDRIE.
Tristesse.	Symptôme commun.
Cause iodique bien connue.	Absente.
Le mal invisible longtemps pour le sujet.	Tendance à l'exagération.
Symptômes nerveux assez rapidement développés et en désaccord avec les allures anciennes du sujet.	Symptômes nerveux de date anci ment développés, en conformité av tudes de découragement du malade
Amaigrissement.	Embonpoint souvent conservé.
Traitement efficace.	Efforts du traitement *moral* seul

§ VIII. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'idiosyncrasie ou l'aptitude particulière des malades à ressentir les ques de l'iode est démontrée par les faits.

L'*âge* a son influence. L'iodisme constitutionnel est tout à fait exceptic l'enfance. Passé quarante ans, on administre l'iode avec des craintes fon l'enfance l'inquiétude est sans objet. De quinze à trente ans l'iodisme Depuis trente ans le danger augmente avec l'âge jusqu'à soixante ans au

Le *sexe féminin* offre le genre de *tempérament* qui prédispose à l'i goître y étant plus fréquent, le traitement iodé l'est aussi ; il est donc n les accidents soient plus communs que chez l'*homme*, toutefois celui-ci à l'abri de l'iodisme.

Condition sociale. — M. Rilliet pense que les personnes de la classe plus exposées à l'iodisme ; peut-être parce que l'hygiène corporelle activ peu négligée, peut-être aussi parce que la vie oisive prédispose à l'exp accidents nerveux.

Constitution, tempérament. — La véritable cause de l'iodisme est constitution. Il y a des personnes qui, pour l'iode, sont de véritables sen sont les personnes à *tempérament nerveux*, *nervoso-sanguin*, car elles *pressionnables* et *irritables*.

'hérédité semble avoir sa part, on rencontre l'iodisme chez plusieurs membres ne même famille.

nfluence du goître, de son volume et de la rapidité de sa résorption. — Prévost, le collaborateur de M. Dumas, pensait que les accidents d'iodisme ent le résultat de la trop prompte résorption du corps thyroïde et de l'introduc- presque instantanée dans le torrent circulatoire de matériaux organiques qu'il d responsables des accidents faussement attribués à l'iode lui-même. Cette rie, M. Rilliet la justifie sans la partager comme M. Lebert, en disant que le du développement d'un goître est déjà un signe de prédisposition à l'iodisme. effet, les goîtreux se trouvent dans tous les pays où l'iode fait défaut, comme lémontré M. Chatin. Ces malades doivent être, plus que tous les autres aux- ls on administre l'iode (les syphilitiques par exemple), impressionnables à l'ac- d'un médicament dont leur constitution a le plus grand besoin et à l'action uel elle se prête avec avidité. Tous ces faits sont certains : *Les goîtreux sont s exposés que d'autres à l'iodisme*, pourvu toutefois qu'ils ne soient pas sous ipire d'une autre diathèse parallèle à celle qui a produit le goître. L'iode admi- ré seulement en vue d'une expérimentation à des personnes saines produira effets atrophiques; administré au contraire à des syphilitiques, à des scrofuleux, irus syphilitique sera anéanti dans ses effets tertiaires surtout, et l'économie rendra ses forces sans être troublée en rien (Cullerier).

I. Ricord (1) exprime la même pensée en disant que l'iodure de potassium ccasionne la plupart des accidents pathogéniques que si la dose d'iodure n'est eu rapport avec le mal ou la capacité iodique du malade.

e climat a son influence prédisposante. L'iodisme est rare à Paris et fréquent enève. C'est sans doute parce qu'à Paris, l'iode est donné à des malades, et les treux de Genève ne sont pas à vrai dire des malades. Le goître des patients de nève est une prédisposition iodique absente chez les Parisiens. L'iode abonde à is dans les eaux ; il manque à Genève dans l'eau, l'air et les aliments. Les Pa- ens sont donc habitués à l'iode, les Génevois ne le sont pas. Les premiers ont *coutumance*, les seconds l'*inaccoutumance*, et par suite l'*impressionnabilité* rême.

Saison, constitution médicale. — L'iodisme semble plus fréquent en automne, influence serait presque nulle au milieu des épidémies de variole, de fièvre erpérale, de diarrhée.

2° Causes efficientes et directes.

Influence de la préparation et de la dose du médicament. — L'iodisme dé- d-il de l'action spéciale de l'iode, ou de l'espèce de préparation, ou de l'exagé- on des doses ?

'est au métalloïde lui-même et non pas à la préparation, à la dose ou au le d'administration, qu'il faut attribuer les accidents.

e *mode d'administration* et la *dose* ont cependant leur importance. M. Boi- a nié l'influence des petites doses, mais elle est démontrée par l'unanimité des

) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXV.

[redacted]

médecins de Genève : MM. Coindet fils, Lombard, Bizot, Maunoir, Marc d'Espine, etc., etc. Tous donnent l'iode à doses très petites, mais très appréciables et non infinitésimales. En deux mois, la dose absorbée pour guérir les goîtres les plus volumineux ne dépasse pas 10 centigrammes d'hydriodate de potasse. Les petites doses peuvent donner des accidents d'iodisme, d'où le conseil de Coindet père de donner les doses d'*une manière intermittente*. Un vingt-quatrième de grain est donné chaque jour pendant huit jours, puis interruption de quelques jours. On diminue la dose à mesure que le goître diminue, on la suspend tout à fait dès que vient l'amaigrissement avec la boulimie et les palpitations.

Tous les médecins s'accordent à dire que l'iodisme est plus fréquent chez les sujets traités à petites doses.

En somme, *l'iodisme sera évité le plus ordinairement si le sujet est un enfant ou s'il est encore dans la première jeunesse, s'il présente une diathèse confirmée, s'il habite un pays iodé où le goître n'existe pas, si le traitement est intermittent et les doses élevées.*

Quelle est l'action intime de l'iode ? Evidemment il modifie la nutrition, c'est-à-dire qu'il agit sur ces mouvements de composition et de décomposition, d'assimilation et de désassimilation qui constituent la vie.

Fréquence.—Cette maladie est rare plus encore aujourd'hui qu'autrefois. Souvent elle est méconnue. Il est probable que bien des tentatives de diminution d'embonpoint ont été secondées par l'iode et ont amené des accidents soigneusement dissimulés.

Il est bon de rapprocher de cette pensée de M. Rilliet, *l'iode produit l'amaigrissement*, des cas où M. Ricord et M. Trousseau (1) démontrent jusqu'à l'évidence l'*engraissement des malades par l'usage de l'iodure de potassium*, même chez des habitants de la Suisse.

La fréquence de l'iodisme autrefois et sa rareté aujourd'hui tiennent très vraisemblablement aux précautions prises par les médecins de s'arrêter dans la médication dès que la boulimie commence.

§ IX. — Traitement.

En parcourant les *causes*, nous avons vu ce qui concerne le *traitement préventif*. Les *contre-indications* de l'iode sont encore la grossesse, dit Coindet, la disposition à la ménorrhagie, les maladies de poitrine menaçantes ou commencées, le marasme ou la fièvre lente, quelle qu'en soit la cause. Un tempérament impressionnable nerveux et nervoso-sanguin, enfin une certaine faiblesse de constitution doivent éveiller la circonspection du médecin.

Précautions.— 1° Avant tout, l'iode sera prescrit d'une manière *intermittente*. 2° Suspendre le traitement à la première apparition de symptômes d'iodisme constitutionnel : *amaigrissement*, *boulimie*, *palpitations*, *état nerveux*.

Hygiène.— L'hygiène des malades doit être surveillée avec soin pendant le traitement par l'iode. M. Coindet fils recommande une alimentation tonique et les excitants du système nerveux.

(1) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXV, p. 437 et 438.

Traitement curatif. — Soustraire immédiatement le malade à l'influence de de, s'abstenir de toute médication débilitante qui ne ferait qu'aggraver le mal. ivre les médications variées que présente chaque cas pris en particulier.

Si l'iodisme est aigu, conseiller le lait de vache, de chèvre ou d'ânesse, le ultat obtenu guidera pour la préférence à donner à l'un des trois. L'estomac malades est capricieux : ici le lait de vache à la glace est seul toléré, là c'est le d'ânesse tiède. Prescrire, en outre, les narcotiques, les antispasmodiques, le ngement d'air.

Si l'iodisme est lent, chronique, conseiller un régime analeptique, le séjour à campagne, et surtout dans la montagne, l'équitation, les toniques, et spécialent les préparations ferrugineuses.

es *symptômes* les plus difficiles à combattre sont ceux qui résultent des altérais locales produites dans l'estomac par des doses trop élevées ou par une mauce préparation du médicament. Les *gastrites* ou *gastro-entérites* chroniques ameront des soins particuliers d'*hygiène alimentaire*. Le sous-nitrate de bisth, les eaux et les bains alcalins, les emplâtres fortifiants sur la région épigasue, les bains gélatineux, les frictions et l'hydrothérapie, sont particulièremen iqués.

Telle est l'analyse des pensées exprimées dans le mémoire de M. Rilliet.

l ne nous est pas permis de le juger plus complétement qu'en le faisant suivre pensées émises dans les *discussions de l'Académie.*

M. Boudet pense que les faits signalés par M. Rilliet sont si extraordinaires, ils exigent de nouvelles observations pour confirmer les conclusions de l'auteur. M. Trousseau ne s'éloigne guère de l'opinion de M. Boudet. Les doses infinitéales de M. Rilliet leur semblent trop favorables aux idées hahnemanniennes. travail, dit M. Trousseau, a quelque chose d'étrange, d'inattendu, d'invraisemble même pour tout le monde (si bien que M. Ricord n'y a pas cru). M. Bouardat, lui, semble trop favorable aux idées de M. Rilliet. Cependant M. Trousseau plus opposé aux explications qu'aux faits eux-mêmes qu'il adopte parfaitement. ésulte des renseignements pris par M. Trousseau auprès des médecins suisses, e l'iodisme est presque inconnu dans la plupart des cantons.

Ce fait articulé par M. Rilliet, que l'iodisme surviendrait surtout à la suite de ministration des doses infinitésimales d'iode, heurte toutes les idées de thératiques admises par l'école régnante; et il a cependant été admis par M. Bouardat et M. Velpeau.

À Genève, dit l'auteur du mémoire (1), il n'y a pas d'iode dans l'air, d'où l'ione après l'administration de doses homœopathiques; mais à Turin, à Chamy, Grenoble, Lyon, Alexandrie; il n'y a pas plus d'iode dans l'air, l'*accoutuce* à l'iode n'existe pas pour les habitants de ces villes, et cependant l'iodisme stitutionnel y est inconnu.

I. Chatin (2) admet l'iodisme constitutionnel tel que l'a décrit M. Rilliet; mais stence de cette affection ne devrait nullement porter atteinte aux droits si légis des préparations iodiques dans le traitement du goître, de la syphilis et de la fule.

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1860.
(2) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XV.

[redacted]

En somme, bien que le mémoire de M. Rilliet mérite, dit le rapporte remercîments de l'Académie, il soulève une des questions les plus intéressan la pathogénie, et ne *doit être accepté que pour les faits* qu'il contient. M. 1 seau confirme, au nom de la commission de l'Académie, *des doutes* qu'il voir partager *pour l'explication et la théorie des faits.*]

ARTICLE IV.

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLOROFORME.

[Bien que dans l'immense majorité des cas, le chloroforme ait été emplo accidents, les morts subites ou plus lentes qu'il a causées ont éveillé l'atten provoqué les recherches des chirurgiens.

M. A. Robert (1), M. Guérin et M. Chassaignac, ont réuni les obser éparses des cas de mort subite arrivés dans les divers hôpitaux français et gers. Ils ont ajouté à ces faits les résultats de leur expérience personnelle.

§ I. — Marche.

M. A. Robert dit : « Quant à nous, nous avons considéré le chloroforme c un *poison* exerçant une action hyposthénisante sur le cœur, disposant ainsi lipothymie, à la syncope, et produisant parfois la sidération en paralysant su ment les contractions de cet organe. »

M. Guérin (2) dit : « En injectant du chloroforme sous la peau, nous montré qu'on pouvait produire un *empoisonnement* lent, régulier, à période espacées... Voilà les deux sortes d'*empoisonnements :*

1° L'empoisonnement successif; 2° l'empoisonnement instantané.

Que la question doive ou non être résolue dans le sens adopté par les aut il est permis, jusqu'à plus ample informé, de décrire tous les accidents qui vent l'emploi du chloroforme comme des phases d'un *empoisonnement* q réalisera, si certaines conditions se réunissent. Quels sont ces *accidents?*

Avant d'entrer dans quelques détails, il faut reconnaître que tous les acci du chloroforme sont communs à toute la *famille des agents anesthésique* sont tous des liquides volatils qui sont absorbés sous forme de vapeurs et do symptômes offrent seulement quelques différences. L'éther, l'amylène, le ch forme, tous les alcooliques soumis à des équivalents chimiques analogues do produire la mort ou les accidents qui la précèdent par des mécanismes ou troubles physiologiques semblables.

Est-ce une *asphyxie* véritable? Est-ce un trouble de la respiration ou de la culation que produisent les anesthésiques? il est encore difficile de se pron formellement. Ce qui est certain, c'est que tout ce qui est établi par la lo expérience des alcooliques demeure vraisemblablement aussi nettement fo pour le chloroforme. L'*ivresse* anéantit l'intelligence, la sensibilité, le mouven détermine des troubles respiratoires circulatoires, et cérébraux, aussi bien

(1) A. Robert, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 6 novembre 1853.
(2) *Gazette médicale de Paris*, 1853, p. 413.

'usage des inhalations chloroformiques. L'histoire des empoisonnements par l'alcool (1) s'applique au moins pour les généralisations à l'étude du chloroforme.

Il y a toutefois cette différence que ces substances qui produisent si rapidement l'*anesthésie* sont tellement volatiles, que l'on en absorbe une grande quantité en peu de temps ! Aussi les phénomènes qu'ils déterminent sont-ils plus rapides et plus profonds que dans l'ivresse. Par suite, leur durée est beaucoup plus courte. Enfin, pour compléter l'analogie, l'ivresse poussée à ses dernières limites donne la mort. Donc à l'intensité et à la durée de l'action près, *les anesthésiques et les liqueurs alcooliques agissent d'une manière analogue.*

Si donc on considère d'une manière philosophique les phénomènes produits par les anesthésiques, il n'est pas possible de méconnaître qu'une substance qui abolit la sensibilité, cette avant-garde qui veille à la conservation de la vie, doit être éminemment toxique et peut amener la mort (2).

1° *De l'asphyxie.* — Suivant M. Maisonneuve, on peut l'observer *au début* chez les malades qui, pleins de confiance, aspirent trop vite et trop largement les vapeurs anesthésiques. Dans cette variété d'asphyxie, la sidération est instantanée, les lèvres deviennent bleues, les membres flasques ; le malade mourrait, si des soins immédiats n'étaient administrés.

Cette proposition renferme une confusion des phénomènes de l'asphyxie avec ceux de l'*empoisonnement* par le chloroforme aspiré en trop grande quantité. L'asphyxie, pour se produire, exige l'insuffisance de l'air, ou son absence complète. Or, l'air est bien diminué, mais non suffisamment pour produire l'asphyxie.

2° L'*asphyxie dans la période dite d'excitation*, admise par M. Maisonneuve, est contestée par M. A. Robert, qui voit encore un empoisonnement dans les accidents dont parle M. Maisonneuve.

3° Une *troisième espèce d'asphyxie* a été signalée par M. Bouisson, de Montpellier (3). « Elle est due, dit-il, aux sécrétions bronchiques exagérées *qui oblitèrent les tuyaux bronchiques* sans que la muqueuse anesthésiée avertisse de ce danger. » Dans ce cas, il suffit d'un peu d'attention pour éviter de prolonger les inhalations. On n'observe pas la mort à la suite de cet accident, il paraît toujours possible d'en prévenir les effets par la prudence.

4° *De la syncope.* — Les accidents qui s'y rattachent sont plus communs et plus fâcheux que ceux que les auteurs font naître de l'asphyxie.

La *syncope par émotion*, en présence de toute opération chirurgicale, chez les personnes nerveuses, doit être mise hors de cause.

La *syncope par chlorose* dont les causes sont seulement mises en jeu par les premières inhalations de chloroforme, constitue une variété à part, facile à distinguer, et d'où naissent des contre-indications dans l'emploi ou des indications dans le traitement des accidents du chloroforme.

La *syncope par hémorrhagie* se préjuge à sa cause, elle a donc son cachet distinctif comme les autres.

Le *danger* de ces syncopes est bien moindre que celles de l'empoisonnement.

(1) V. Racle, *De l'alcoolisme*, thèse pour l'agrégation, 1860.
(2) A. Robert, *Conférences de clinique chirurgicale*, faites à l'Hôtel-Dieu, 1860.
(3) *Traité de la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir.* Paris, 1850.

La *syncope ordinaire* cède au *traitement* vulgairement usité contre elle, parce que les téguments ont conservé leur impressionnabilité ; on peut avec avantage les stimuler.

La *syncope chloroformique*, au contraire, plus complète, née sous l'influence de deux causes et même d'un plus grand nombre, est plus brusque dans son invasion, plus instantanée dans sa marche et ses progrès, puisqu'en un moment la vie est presque éteinte, et enfin, par-dessus tout, son traitement est d'une difficulté extrême, puisque l'anesthésie des téguments rend les révulsifs impuissants.

En outre, la syncope ordinaire trouve en elle-même une guérison, une suppression de sa cause : avec elle l'émotion, la position verticale, etc., cessent ; au contraire, la *syncope chloroformique est entretenue, même après la suspension des inhalations :* c'est que le sang demeure encore quelque temps chargé des vapeurs anesthésiques, et son cours étant suspendu, il n'en demeure pas moins en contact avec des tissus, avec le cerveau et surtout avec le cœur, dont il stupéfie l'énergie vitale.

L'élimination du chloroforme se fait cependant avec une rapidité extrême, il s'évapore à la surface des cellules pulmonaires, et probablement par les autres voies d'excrétion.

La syncope ou la mort chloroformique consécutive ou tardive est celle qui survient quand depuis plus ou moins longtemps les inhalations ont été suspendues ; le malade est revenu à lui-même depuis quelques heures, et tout à coup on le trouve mort dans son lit ou dès qu'il se lève. Puis, à l'autopsie, tous les organes sont gorgés de sang, les cavités cardiaques remplies d'un sang mélangé de gaz, et les poumons emphysémateux.

La mort par emphysème et par pénétration d'un gaz dans les vaisseaux veineux semblerait donc admissible dans ce cas, mais M. Robert s'élève contre cette interprétation. La surexcitation nerveuse la plus violente avait frappé les malades atteints de syncope *tardive*, vraisemblablement ils ont succombé au collapsus mortel qui peut suivre les surexcitations violentes.

5° *De la sidération.* — Si rapide que soit encore la syncope, il est des cas où le malade succombe plus rapidement encore. Ainsi l'inhalation est bien tolérée par un sujet, son action est modérée, la respiration libre, le pouls naturel ; tout à coup, sans signes précurseurs, le pouls cesse de battre, la respiration ne tarde pas à s'arrêter, le visage est pâle, les pupilles dilatées, il est mort. Dans la syncope ordinaire, ces symptômes sont des avertissements qui permettent d'intervenir à temps.

Dans la sidération, au contraire, l'organisme est mortellement frappé tout d'un coup par la paralysie du cœur. Cette explication est complétée par la suivante, c'est que le *chloroforme, tout en supprimant la douleur, n'en laisse pas moins persister le retentissement du traumatisme* sur l'économie. Ce retentissement, joint à l'affaissement anesthésique, peut amener une syncope grave ou la mort que le chloroforme n'eût pas produites à lui seul. M. Robert *attribue toute la puissance toxique du chloroforme à son action hyposthénisante sur le cœur, qui se trouve tout à coup paralysé dans ses mouvements*, d'où, suivant la rapidité et la régularité de cette action, les divers degrés de la syncope et de la sidération.

es susceptibilités individuelles et la différence d'énergie vitale que pré-

:nt les sujets ne mettent pas à l'abri des accidents toxiques, même au milieu précautions les plus vigilantes.

§ II. — **Anatomie pathologique.**

ıes bulles de gaz dans le cœur et les gros vaisseaux avec ou sans emphysème nonaire; ou bien toutes les lésions de l'asphyxie; un état gras ou flasque du ır. Les lésions n'expliquent pas nettement la manière dont survient la mort; dération du cœur demeure seule vraisemblable.

'omment combattre l'influence toxique du chloroforme et comment la pré- 'r?

e *mode d'administration* est important. M. Robert préfère les instruments au ıchoir. On mélangera une grande quantité d'air aux vapeurs de chloroforme, out au début.

ın considérera comme *raisons de précautions et d'exclusion :* la *faiblesse*, :lle soit due à l'âge insuffisant, ou trop avancé, ou au tempérament, ou à des ·ations, ou à des pertes de sang, l'asthme, les affections du cœur, les plaies uses graves, les plaies par armes à feu, et généralement celles qui frappent le ème nerveux de cet épuisement qui suit toute commotion traumatique, l'obésité expose à la dyspnée de cause abdominale et à la surcharge graisseuse du cœur, par suite, à la faiblesse de ses contractions.

a *nature de l'opération pratiquée* exclut le chloroforme quand elle expose coulement de sang dans les bronches, celles qui sont longues, comme les liga- s d'artères, parce que le malade a besoin de sa sensibilité pour sentir la pré- :e du sang qui menace d'oblitérer ses bronches, ou pour avertir le chirurgien l pince un nerf et non l'artère cherchée. De même pour les hernies étranglées, :e qu'elles épuisent déjà le système nerveux par leurs douleurs énervantes.

es conditions actuelles sont la *vacuité de l'estomac*, les vêtements et surtout x du cou déliés, la position du malade horizontale.

:nfin *on combattra les accidents actuels :* l'amas des mucosités dans les voies ifères, le spasme du larynx, la chute de la langue sur la glotte, l'agitation vio- :e et l'emphysème qu'elle produit. Tous exigent la suspension immédiate des alations, et en outre les manœuvres suivantes :

1° L'*aération*, l'air que le malade respire étant plus ou moins imprégné de peurs de chloroforme ;

2° La *position horizontale ;*

3° Ranimer la respiration. C'est là le point principal, puisque nous n'avons pas ıction directe sur le cerveau; on arrivera à réveiller la respiration par les *pres- ns cadencées*, par l'*électricité*, par l'*insufflation bouche à bouche*, par l'insuffla- n au moyen d'*un tube laryngien.* M. Robert rejette l'usage du tube laryngien, ce qu'il est d'une introduction difficile, et n'hésite pas à dire que l'insufflation ıche à bouche ne sert à rien, parce que la plus grande partie de l'air insufflé se dans l'œsophage, et celui qui pénètre dans les bronches est incapable de ıcre la résistance des parois de la poitrine immobilisées.

ı° La *trachéotomie* est bien longue, mais préférable à l'insufflation bouche à che.

5° On *attirera la langue hors de la bouche* avec le doigt ou avec un crochet, parce qu'elle tombe sur l'orifice de la glotte.

6° L'*électricité* n'est véritablement utile que dans les premiers instants qui succèdent à l'arrêt de la respiration, mais la succession des parois suffirait alors. Mais il n'y a rien à attendre de l'électricité dans les cas de sidération du cœur.

7° Les *révulsifs* cutanés sont peu utiles, sans qu'il faille les exclure cependant.

Tous ces moyens sont bien insuffisants, leur valeur est dans la rapidité de leur emploi.

M. Chassaignac (1) conseille d'obtenir toujours avant d'opérer ce qu'il nomme la *tolérance anesthésique;* pour cela, il commence l'inhalation avec les précautions signalées par M. Sédillot et universellement adoptées. La *période d'agitation* survient, il la laisse passer en continuant l'inhalation, et le malade arrive à la *période de collapsus.* Aussitôt que cet état commence, il suspend complétement l'inhalation; il attend que la respiration et le pouls se régularisent, et que le sujet soit plongé dans ce *sommeil paisible* qui succède de lui-même à l'excitation et au collapsus.

M. Chassaignac affirme que, lorsque le malade est arrivé à cette période, il ne court aucune espèce de danger, quel que soit le temps pendant lequel elle se prolonge : c'est la période de tolérance. Arrivés à cet état de saturation, les malades se maintiennent dans l'anesthésie avec des quantités minimes de chloroforme; en même temps ils conservent leur état de tolérance et sont à l'abri de tout danger.

Cet état de tolérance rencontre cependant des obstacles, quelques sujets n'y peuvent parvenir et sont pour ainsi dire réfractaires, on n'obtient d'eux que les deux autres états : l'excitation et le collapsus. L'état moyen, la tolérance, paraît ne pas exister pour eux.

Le moyen le plus propre à modérer les périodes d'excitation et de collapsus, à éviter leurs dangers et à obtenir presque d'emblée la tolérance, c'est de procéder à l'exhalation avec lenteur, graduation et ménagement.]

DE L'ÉTHER.

[L'éther apporte dans le système nerveux un trouble et une excitation qui se traduisent par des mouvements désordonnés. Ces troubles graves surviennent quand l'intelligence est abolie, mais avant que l'insensibilité soit produite. Cet agent est donc dangereux sans être bien profitable. L'insensibilité est si légère quand elle arrive, que les premières incisions de l'opération ont le plus souvent suffi pour faire renaître la sensibilité au milieu des convulsions.

L'éther produit un empoisonnement moins violent que celui du chloroforme; celui-ci est hyposthénisant et donne de la cardialgie avec tendance à la syncope; l'éther ne produit rien de semblable. Cependant il y a des cas de mort par l'éther.

M. A. Robert conseille de mélanger l'éther au chloroforme.

Les accidents de l'éther seront utilement combattus par les moyens usités contre ceux du chloroforme.]

(1) *Recherches cliniques sur le chloroforme*, Paris, 1853.

DE L'AMYLÈNE.

[L'amylène n'a pas survécu aux premières expérimentations ; elles ont suffi pour faire rejeter. La fétidité extrême de ses vapeurs, sa volatilité qui le rend difficile manier, son action très prompte, mais très courte dans sa durée, la congestion olente qu'il détermine dans les centres nerveux, traduite par des contractions et s convulsions, les cas de mort qu'il a déjà causés, justifient l'exclusion de cette ibstance.

Sa qualité d'anesthésique permettait de prévoir les accidents qu'il a causés et que n combattrait par les moyens déjà signalés.]

ARTICLE V.

EMPOISONNEMENT PAR LE SULFURE DE CARBONE.

[M. le docteur Delpech (1), dans un mémoire par lui présenté à l'Académie de decine, a développé les résultats de ses recherches à ce sujet. Nous lui devons détails qui suivent.

Les ouvriers en caoutchouc sont les victimes habituelles du sulfure de carbone. en font usage pour dissoudre le caoutchouc, pour souder ensemble des plaques lées de gomme élastique.

Le sulfure de carbone se volatilise à l'air libre et exhale des vapeurs nauséandes rapidement insupportables et malfaisantes.

Voici le résumé des troubles qu'il produit sur l'intelligence, la sensibilité génée ou spéciale, la génération, la motilité, la digestion, la circulation et les organes spiratoires et sécréteurs.

§ I. — Symptômes.

Troubles intellectuels. — La *mémoire* est profondément altérée, les malades blient les détails de leur profession, ils cherchent les mots les plus usuels. Le *ractère* devient extrêmement irritable ; l'excitation du jour se maintient la nuit us forme d'*insomnie*, puis enfin la *torpeur* succède à l'irritation.

La *sensibilité générale* est médiocrement altérée. Céphalalgies, vertiges, doulrs dans les membres, fourmillement général, amaigrissement, hyperesthésie plus e encore, telles sont les altérations qu'elles présentent.

Les *organes des sens spéciaux* sont profondément influencés. On observe de naurose, de la surdité, des troubles de l'odorat et du goût accusant partout et à t l'odeur du sulfure de carbone.

Les *fonctions génératrices* languissent et sont quelquefois presque anéanties, et dans les deux sexes.

1) *Mémoire sur les accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation sulfure de carbone en vapeur*, mémoire lu à l'Académie de médecine, 15 janvier 1856.— consultera avec intérêt, dans le *Traité d'hygiène industrielle* de M. Maxime Vernois, ticle consacré à ce liquide (t. II, p. 462).

[redacted]

Les *altérations de la motilité* sont graves et variées. Tantôt elles revêtent forme toxique : roideur marquée des doigts, des membres thoraciques, cramp douloureuses ; *tantôt* la forme *clonique :* mouvements involontaires des paupière d'autres fois c'est l'*anéantissement progressif* de la puissance musculaire, début en général par les membres inférieurs, d'où la démarche de l'ivresse, l'impossi lité de monter ou descendre, la difficulté de serrer et même de saisir les obj avec la main. La contraction musculaire est *tremblotante* et se traduit dans chaq muscle par des palpitations fibrillaires. Les *extenseurs* des doigts présentent plus haut degré toutes les altérations précédentes. Les *supinateurs* sont souve atteints.

L'*atrophie musculaire* survient enfin sans que l'excitabilité électrique s perdue.

Troubles digestifs. — L'anorexie poussée jusqu'au dégoût, les nausées, le *missement* alimentaire ou bilieux, les *coliques* sans constipation ni diarrhée co stante, la fétidité des gaz et des matières stercorales exhalant l'odeur du sulfure carbone, tels sont les troubles principaux que présente le tube digestif.

La *respiration* n'offre rien de notable, si ce n'est l'haleine qui offre l'odeur sulfure de carbone. De même pour la *circulation.*

Les *sécrétions urinaires* ont l'odeur du sulfure de carbone ; l'urine est roug brun quand on la traite par les alcalis caustiques. Les sels de chaux sont abondant

La *cachexie* enfin couronne l'empoisonnement lent qui mine les malades.

§ II. — Marche, terminaison.

Tantôt le *début est brusque* et se manifeste par des symptômes d'ivresse, tant lent et progressif. Ces deux modes de développement se rattachent à *deux form* la *forme aiguë* et la *forme chronique ;* la seconde est de beaucoup plus fréquente

L'*invasion* est variable dans ses rapports avec l'influence toxique, elle écla quelquefois dès les premiers jours de l'exposition aux vapeurs malfaisantes, ailleur elle tarde plusieurs années.

On ne connaît pas d'exemple de mort ; l'extrême volatilité du poison explique les améliorations rapides qui surviennent quand la cause a été éloignée quelque temps.

§ III. — Pronostic.

Il est très *fâcheux* si l'on considère l'ensemble des perturbations des fonctio physiologiques ; il est moins *grave* si l'on envisage la *lenteur* habituelle des acci- dents, la brusque terminaison funeste, la possibilité de la guérison par la simpl hygiène ; il s'aggrave avec le nombre des rechutes.

§ IV. — Étiologie.

Ce n'est pas le carbonate de plomb mélangé quelquefois au caoutchouc da certains procédés de vulcanisation qu'il faut accuser, c'est l'évaporation du sulfure de carbone, son influence toxique mise en jeu par le défaut d'aération chez les ouvriers en chambre. En effet, dans les grands ateliers, les accidents sont rares, de même dans les fabriques à l'air libre.

[redacted]

La démonstration de l'influence des vapeurs de sulfure de carbone résulte de ses effets mortels sur les oiseaux ou les mammifères exposés artificiellement ou dans les expériences à la volatilisation de ce liquide.

Les ouvriers sont presque tous des *adultes.* Les enfants accidentellement exposés sont rapidement malades ; de même pour les vieillards.

L'*ivrognerie* prédispose beaucoup à l'empoisonnement. Le défaut d'aération des ateliers, l'habitation jour et nuit dans la chambre où se fait le travail, toutes les opérations qui nécessitent dans les ateliers une coopération considérable de sulfure de carbone, telles sont les principales causes des accidents.

§ V. — Diagnostic.

L'analogie dans les symptômes engage à rapprocher et à différencier des accidents dus au sulfure de carbone : l'intoxication alcoolique chronique, les empoisonnements par le plomb, par le mercure, par les gaz résultant de la combustion du charbon, par le gaz de l'éclairage, par le chloroforme, par certaines essences et encore la paralysie générale commençante et l'atrophie musculaire progressive. L'intoxication alcoolique chronique peut se rencontrer chez les ouvriers exposés au sulfure de carbone.

Mais, en comparant ces affections avec celles dont il s'agit ici, on trouve que les *troubles* profonds de la *digestion* manquent dans la *paralysie générale* et l'*atrophie musculaire ;* que les *convulsions épileptiformes* et la *constipation* de l'*intoxication saturnine* manquent à l'empoisonnement par le sulfure, aussi bien le *délire*, si constamment observé dans l'*intoxication alcoolique.*

Les *vapeurs de charbon* produisent des paralysies, c'est un point de contact avec la paralysie due au sulfure de carbone ; les complications respiratoires et la perte de connaissance font des différences tranchées ; on ne connaît pas l'effet de l'action prolongée du chloroforme, l'anesthésie due au sulfure n'a jamais été bien constatée.

TABLEAU DES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DE CES AFFECTIONS.

EMPOISONNEMENT PAR LE SULFURE DE CARBONE.	INTOXICATION ALCOOLIQUE CHRONIQUE.
Délire absent.	Délire bien caractéristique.
Pas d'hallucinations.	Hallucinations véritables.
Simple faiblesse musculaire.	Tremblement choréiforme.
Frigidité génératrice absolue.	Simple amoindrissement des facultés génératrices.

SULFURE DE CARBONE.	INTOXICATION SATURNINE.
Diarrhée fréquente.	Constipation constante.
Pas de délire.	Encéphalopathie délirante.
Simple somnolence.	— comateuse.
Contraction musculaire tremblotante.	Convulsions épileptiformes.
Irritabilité électrique conservée dans les muscles paralysés.	Irritabilité non conservée.

SULFURE DE CARBONE.	INTOXICATION MERCURIELLE.
Pas de stomatite.	Stomatite.

EMPOISONNEMENT PAR LE SULFURE DE CARBONE.	EMPOISONNEMENT PAR LES GAZ RÉSULTANT DE LA COMBUSTION DU CHARBON.
Odeur spéciale des vapeurs intolérable.	L'odeur n'est pas nauséabonde, elle peut passer inaperçue.
Évanouissement très rare.	Perte de connaissance absolue.

SULFURE DE CARBONE.	PARALYSIE GÉNÉRALE COMMENÇANTE.
Pas de bégayement.	Bégayement.
Pas de délire.	Délire ambitieux.
Simple faiblesse des jambes.	Marche cadencée.
Anorexie, nausées, vomissements.	Absence de troubles digestifs.
Guérison par l'éloignement des causes.	Incurabilité absolue.

SULFURE DE CARBONE.	ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.
Muscles affaiblis avant l'atrophie.	Muscles atrophiés avant l'affaiblissement.
Troubles digestifs.	Pas de troubles digestifs.
Céphalalgie.	Pas de céphalalgie.
Membres inférieurs les premiers envahis.	Prédilection pour le membre supérieur droit.

§ VI. — Nature, classification.

Les symptômes sont ici coïncidemment sous la dépendance des vapeurs toxiques qui pénètrent dans le sang. Les troubles digestifs tiennent peut-être à la fétidité du gaz, mais les troubles nerveux procèdent évidemment de l'empoisonnement général.

Il s'agit donc ici d'une *névrose par intoxication.*

Les globules du sang diminuent; l'atrophie musculaire observée à la longue tient aux troubles de nutrition.

§ VII. — Traitement.

Voici les mesures hygiéniques préventives à consacrer : 1° soustraire le malade aux causes d'intoxication; 2° rétablir la santé générale; 3° faire disparaître les accidents spéciaux.

1° L'ouvrier abandonnera sa profession s'il est possible, ou tout au moins la pratique des opérations qui l'exposent au sulfure de carbone. Son habitation sera bien aérée; exercice au grand air; éviter les excès alcooliques.

2° Alimentation animale pour combattre la tendance prochaine à l'atrophie des muscles; stimuler les fonctions de la peau; exciter les sécrétions intestinales. Plus tard les ferrugineux, si l'anémie ou même la cachexie se prononcent.

3° Réveiller l'action nerveuse; stimulants; préconiser la médication strychnique (noix vomique, fève de Saint-Ignace, strychnine, brucine, rhus toxicodendron); joindre à ces moyens l'électricité, appliquée directement sur les muscles paralysés. Ce traitement s'adressera surtout aux accidents nerveux : faiblesse musculaire, paralysie, anaphrodisie.

L'*hygiène publique* interdira aux ouvriers en chambre l'emploi du sulfure de carbone; ce liquide ne devra pas être employé au moins en grande quantité dans des logements dépendants de maisons habitées. Autant que possible les fabriques, *les ateliers*, seront établis dans des lieux écartés des habitations; ils seront ventilés.

[redacted]

sinon disposés en plein air. Les appareils seront visités pour prévenir les fuites possibles. Les vases qui renferment le sulfure seront hermétiquement fermés; on substituera la chaleur au sulfure de carbone pour ramollir le caoutchouc. Le poids spécifique des vapeurs du sulfure les entraîne dans les couches inférieures des ateliers; que leurs planchers soient à claire-voie, les vapeurs gagneront les parties déclives.

Les enfants ont un système nerveux très impressionnable, ils seront exclus des ateliers.

Les *ouvriers* seront logés loin de l'atelier; une extrême propreté, des lavages répétés, leur seront conseillés. Enfin ils changeront d'atelier tour à tour, afin d'éviter périodiquement ceux où se dégagent les vapeurs toxiques.]

ARTICLE VI.

EMPOISONNEMENTS EN GÉNÉRAL.

L'étude des empoisonnements est vaste et compliquée; les travaux d'une importance majeure, entrepris depuis le commencement de ce siècle, ne peuvent pas encore être résumés de manière à satisfaire toutes les exigences de la science; il faut nécessairement que le médecin qui veut bien connaître tout ce qui se rapporte à la toxicologie descende dans les détails de ces ouvrages et les étudie avec soin. Aussi notre intention n'est-elle pas de donner ici une histoire complète des empoisonnements. Nous indiquerons les cas principaux dans lesquels le médecin, se trouvant appelé pour des accidents graves et brusques produits par les substances toxiques, a besoin d'avoir présents à l'esprit un certain nombre de préceptes d'une application immédiate.

Nous allons poser les problèmes qui doivent être promptement résolus par le praticien appelé auprès d'une personne empoisonnée; la division de cette partie de l'ouvrage en découlera naturellement.

Le médecin appelé auprès d'une personne empoisonnée doit: 1° *reconnaître quelle est la nature du mal ingéré :* de là la nécessité de quelques expériences et de quelques observations sans lesquelles le traitement pourrait être non-seulement inutile, mais nuisible; 2° juger, d'après les symptômes et les autres circonstances, s'il faut évacuer le poison, insister sur l'administration des contre-poisons, ou avoir recours au traitement des symptômes consécutifs; 3° appliquer le traitement qui convient aux désordres consécutifs occasionnés par les substances toxiques.

Plenck (1), Brodie (2), J. Frank, Fodéré, Chaussier, etc., nous ont laissé des recherches utiles sur ce sujet si important; mais c'est à Orfila (3) que sont dues les premières recherches complètes, et qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir établi sur les bases solides d'une méthode expérimentale, plus généralement et plus habilement appliquée qu'on ne l'avait fait avant lui, la science toxicologique. Dans

(1) *Toxicologia.* Vienne, 1801.
(2) *Trans. phil.*, 1811-12.
(3) *Toxicologie générale*, 5ᵉ édit. Paris, 1852, 2 vol. in-8. — Traité de médecine lég. Paris, 1842, 4 vol. *in-8.*

[redacted]

ces dernières années, de nombreux et intéressants travaux dus à MM. Briand (1), Devergie, Flandin et Danger, Bouchardat, Mialhe, Chevalier, Orfila et Tardieu, sont venus jeter une nouvelle lumière sur quelques-uns des points obscurs et non suffisamment étudiés qui restaient encore (2). Ce que nous allons dire ne sera qu'un extrait succinct de ces travaux auxquels on ne saurait trop engager de recourir, car il s'agit des questions les plus délicates que le médecin ait à résoudre.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES EMPOISONNEMENTS.

Il résulte de ce que nous avons dit des *intoxications*, que nous réservons le nom d'*empoisonnement* proprement dit aux accidents immédiats, et généralement rapides, qui résultent de l'ingestion ou de l'absorption d'un poison. Nous n'attachons pas à cette division d'autre importance que de séparer les accidents chroniques des accidents aigus pour lesquels il faut se décider promptement, et qu'il est utile de grouper.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un homme empoisonné, on a d'abord à rechercher quelle est la *nature du poison ;* mais c'est un point que nous ne devons pas traiter ici, parce que les divers genres de poisons donnent lieu à des phénomènes particuliers. Il faut les étudier séparément sous ce point de vue.

Il est un certain nombre de signes généraux qui peuvent faire soupçonner, *mais seulement soupçonner* l'empoisonnement. M. Dorvault (3) les résume comme il suit :

Signes généraux de l'empoisonnement. — « On devra soupçonner un empoisonnement toutes les fois que le malade se plaindra d'une odeur nauséabonde et infecte, ou d'une saveur désagréable, acide, alcaline, âcre, d'une chaleur brûlante dans le gosier et l'estomac ; que la bouche sera sèche ou écumeuse ; que les lèvres et les gencives seront livides, jaunes, blanches, rouges ou noires ; qu'il y aura des rapports, des nausées, des vomissements plus ou moins fréquents de matières muqueuses, bilieuses ou sanguinolentes, blanches, jaunes, vertes, bleues, rouges, bouillonnant sur le carreau, rougissant ou verdissant la couleur de tournesol ; qu'on observera des hoquets, de la constipation ou des déjections alvines plus ou moins abondantes ; que le pouls sera fréquent, petit, serré, irrégulier, la soif ardente, la respiration difficile ; que les sueurs seront froides, l'émission des urines difficile. On tiendra compte encore de l'altération de la physionomie, de la couleur pâle, livide ou plombée de la face, de la perte de la vue et de l'ouïe, de l'état des yeux, de l'agitation générale, de l'altération de la voix. »

Orfila divise les poisons en quatre grandes classes ainsi qu'il suit : 1° *poisons irritants*, 2° *poisons narcotiques*, 3° *poisons narcotico-âcres*, 4° *poisons septiques* ou *putréfiants*. Dans la *première classe* nous trouvons, parmi les *minéraux*, les préparations mercurielles, arsenicales, antimoniales ; les préparations de cuivre.

(1) *Manuel complet de médecine légale*, suivi d'un *Traité de chimie légale*, par H. Gaultier de Claubry, 6ᵉ édit., 1858.

(2) C'est surtout dans la collection des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (Paris, 1829 à 1860) que se trouve la plus grande masse des faits propres à éclairer les médecins appelés à faire des rapports devant les tribunaux.

(3) *L'officine*. Paris, 1858, p. 715.

'étain, de zinc, d'argent, d'or, de bismuth, de plomb; les acides et les alcalis con-entrés; les sulfures alcalins; le phosphore; l'iode, etc. Les *substances animales* ont les *cantharides* et d'autres insectes vésicants; et dans les *substances végétales* e trouvent : les ellébores, la bryone, la coloquinte, les euphorbes, les anémones, s renoncules, le colchique, etc., etc. La *deuxième classe* contient : l'acide cyanhy-rique, la morphine, l'opium, la jusquiame, etc., etc. Dans la *troisième classe* se rouvent les strychnines, la digitale, le seigle ergoté, la ciguë, les champignons, le amphre, etc. Enfin, dans la *quatrième classe* nous voyons les venins des animaux lont nous avons déjà parlé, les matières putréfiées, l'hydrogène sulfuré, etc.

Le poison étant reconnu, le médecin a à remplir plusieurs indications qui ont té très bien posées par M. Bouchardat (1), auquel nous empruntons le passage ivant :

INDICATIONS A SUIVRE.

« Le poison étant reconnu, la première indication à remplir est, dit-il, de l'*éva-er*. On emploie pour cela les *émétiques*, les *éméto-cathartiques*, les *purgatifs* et *sonde œsophagienne*, ou bien l'appareil suivant imaginé par M. Honoré Gay (2).

» Ce médecin réunit deux sondes œsophagiennes, de manière à n'en former 'une seule d'une très grande longueur, à l'aide d'un tube de verre long de 8 cen-nètres, qui entre à frottement dans ces sondes, de 3 centimètres de chaque côté, sur lequel on fixe très exactement les deux sondes par quelques tours de cor-nnet plat, de sorte que l'air ou le liquide ne puisse trouver un passage. Chaque nde a 70 centimètres de longueur et 8 millimètres de diamètre intérieur dans ite son étendue; ces sondes n'ont pas de pavillon. L'une d'elles offre trois ori-es à son bec : un terminal, deux latéraux alternes et très rapprochés du dernier; s orifices ont un diamètre un peu moindre que celui de la sonde elle-même; utre n'a au contraire qu'une ouverture inférieure terminale.

» Pour faire usage de cet appareil, on introduit la sonde par l'extrémité à trois rifices inférieurs, préalablement recouverte d'huile, dans la bouche, l'arrière-ouche, l'œsophage, et même assez avant dans l'estomac. La sonde introduite, on elève l'extrémité extérieure, assez seulement pour que son ouverture soit au-lessus de la bouche du malade; on verse alors le liquide destiné à laver l'estomac l'aide d'un entonnoir à douille très courte. S'agit-il de vider l'estomac, l'enton-noir étant encore plein ainsi que le tube, on comprime fortement l'orifice de la onde, immédiatement au-dessous de la douille de l'entonnoir, entre le pouce et index d'une main, pour s'opposer à la chute du liquide, et au même instant on baisse vivement la sonde, tandis que, de l'autre main, on enlève l'entonnoir. Cette manœuvre détermine l'amorcement du siphon et l'évacuation instantanée u liquide.

» La seconde indication, c'est d'*administrer le contre-poison*. La troisième in-cation, c'est de prodiguer à l'empoisonné les *soins médicaux* que réclame son at, et qui se divisent en soins généraux qui conviennent à tous les empoisonne-ents et en médications propres à chaque empoisonnement en particulier.

(1) *Annuaire de thérapeutique*. Paris, 1847.
(2) *Abeille médicale*, décembre 1847.

[redacted]

» 1° Pour évacuer le poison, on a le plus souvent recours au *tartre stibié*; on donne 5 centigrammes d'émétique dissous dans un demi-verre d'eau; on répète cette dose trois ou quatre fois à quelques minutes d'intervalle; on fait boire *beaucoup d'eau tiède*, et il est souvent à propos de *favoriser le vomissement par la titillation de la luette*. Si l'on n'a pas d'émétique, on peut le remplacer par 20 centigrammes de *sulfate de cuivre dissous dans deux cuillerées d'eau*; on réitère cette dose; quelquefois ce vomitif est préférable, parce qu'il agit plus rapidement.

» *Quand le poison est insoluble*, et qu'on peut penser avec raison qu'il a franchi l'estomac et qu'il se trouve dans l'intestin grêle, on doit préférer un *éméto-cathartique*. On fait dissoudre 20 centigrammes de *tartre stibié*, et 60 grammes de *sulfate de soude* ou *de magnésie* dans un litre d'eau, et l'on administre rapidement par verrées. On a conseillé encore assez souvent, *dans les empoisonnements par les substances végétales* nuisibles, d'administrer de *fortes solutions de sel marin*, qui agissent comme éméto-cathartiques : 50 grammes de sel marin par litre d'eau. Ce moyen peut être infiniment précieux; car on a toujours du sel sous la main, et l'on ne saurait administrer trop tôt un évacuant.

» *Quand le poison a été pris sous forme de lavements*, et qu'il est parvenu dans le gros intestin, il faut avoir recours aux *lavements purgatifs*. Celui qu'on doit préférer dans ces conditions doit être préparé avec 20 grammes de *séné*, 50 grammes de *sulfate de soude*, 500 grammes d'eau; ce lavement convient infiniment mieux que les drastiques plus énergiques, dont l'action est plus lente, et que j'ai vu souvent prescrire sans succès. Lorsqu'on ne fait pas apparaître les vomissements à l'aide des émétiques, il est convenable, quand le poison est encore dans l'estomac, d'introduire dans cet organe une *sonde œsophagienne*, à laquelle est adaptée une *pompe aspirante*.

» 2° Le *contre-poison* est pour moi la substance qui forme une combinaison insoluble ou inoffensive avec la partie active du poison ingéré. Il est quelques règles générales sur l'emploi des contre-poisons que nous allons rappeler. Autant que faire se pourra, il faut donner la préférence à un contre-poison d'une complète innocuité, et qu'on puisse se procurer immédiatement partout. Il faut, en général, administrer le contre-poison en *quantité beaucoup supérieure à celle qui est strictement nécessaire* pour opérer la neutralisation chimique du poison, et cela par plusieurs raisons : en effet, le contre-poison pourra être rejeté presque aussitôt son administration, et, dans les cas les plus heureux, on doit considérer que la plupart des combinaisons insolubles ne le sont qu'à la limite, et elles ne le sont que relativement; puis, comme il faut une action rapide, une grande masse de contre-poison sera beaucoup plus efficace pour envelopper de toute part le poison, et pour déterminer la prompte formation de la combinaison insoluble ou inoffensive.

» Il est plusieurs contre-poisons qui, quoique formant avec les poisons des combinaisons extrêmement peu solubles dans l'eau, ne sont cependant pas d'une complète efficacité; ces combinaisons, avec le temps, peuvent être lentement dissoutes dans l'appareil digestif, et amener la continuité des accidents. Il convient, dans ces cas, d'*insister sur la médication évacuante après l'administration du contre-poison*.

» *Quand le poison a pu traverser l'estomac et pénétrer dans l'intestin grêle*, toutes choses égales d'ailleurs, il faut préférer un contre-poison insoluble à un contre-poison soluble dont l'effet pourrait se limiter à l'estomac.

» 3° Un empoisonnement est une maladie déterminée par une cause connue ; il faudra la combattre par tous les moyens rationnels, dont l'expérience a constaté l'efficacité. Dans presque tous, pour ne pas dire dans tous les empoisonnements, la mort arrive par suite de troubles considérables qui se manifestent dans les grands appareils de la circulation et de la respiration. Il faudra donc surveiller ces fonctions, dont l'exercice continuel est indispensable au maintien de la vie, et mettre tout en œuvre pour qu'elles ne se suspendent pas, même momentanément ; car cette suspension prolongée, c'est la mort.

» *On ranime la circulation* en *réchauffant la peau* à l'aide de *couvertures chaudes*, de *frictions sèches*, de *boules d'eau tiède*, de *sinapismes* promenés sur divers points ; quelquefois il est utile de pratiquer une *petite saignée*. *On facilite la respiration* par l'*introduction d'un air pur* en quantité suffisante, par des *pressions alternatives sur les parois du thorax*, par des *insufflations d'air*, par des *commotions galvaniques* convenablement employées. Quand les organes sécréteurs éliminent facilement de l'économie les poisons absorbés, il est important d'augmenter, s'il est possible, l'activité de ces organes, comme Orfila l'a fait, en recommandant les *diurétiques* dans les cas d'empoisonnement par les antimoniaux et les arsenicaux, qui sont éliminés par les reins, comme nous l'avons fait en prescrivant les remèdes qui agissent *en provoquant l'évacuation de la bile* quand les poisons sont séparés par le foie, ce qui arrive à presque tous les poisons minéraux.

» *Quand le poison est absorbé*, il ne peut être facilement et promptement éliminé de l'économie ; si l'on ne peut le poursuivre dans le sang avec le contre-poison, il faut avoir recours à des remèdes ou *agents dynamiques*, dont l'action n'est pas nuisible et peut se substituer à l'action dynamique fâcheuse du poison. C'est ainsi que le *café* agit *dans le cas d'empoisonnement par l'opium*. »

Un pharmacien de Montpellier (1) engage à administrer dans les cas où le poison a été absorbé, et *dans lesquels on n'a pu déterminer sa nature*, le mélange suivant :

℞ Magnésie calcinée.	Sesquioxyde de fer.
Charbon pulvérisé.	

De chaque parties égales dans :

Eau .... Q. s.

Cette formule offre d'autant plus de chances d'efficacité qu'elle renferme des antidotes, qui s'appliquent à plusieurs des poisons les plus actifs, et en même temps les plus communs.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 janvier 1852.

ARTICLE VII.

EMPOISONNEMENT PAR LES ACIDES.

Signes de l'empoisonnement par les acides. — « Saveur acide, brûlante, désagréable ; chaleur âcre au fond de la gorge et de l'estomac, puis dans l'abdomen ; haleine fétide, soif ardente, hoquet, envies de vomir ; vomissements quelquefois mêlés de sang, *colorant en rouge la teinture de tournesol et bouillonnant sur le carreau* ; constipation ou bien selles abondantes, difficulté d'uriner ; pouls fréquent et régulier ; frissons, sueurs froides, gluantes ; face pâle, livide ; intérieur de la bouche et des lèvres, noir (*acide sulfurique*), rouge (*acide chlorhydrique*), jaune (*acide nitrique azotique*). »

Souvent les douleurs sont si atroces, qu'elles arrachent des cris, des vociférations ; il y a une violente agitation, et, aux approches de la mort, le délire et le coma peuvent survenir.

Lorsque ces premiers symptômes sont un peu calmés, si le poison n'a pas été ingéré en assez grande quantité pour causer rapidement la mort, la fièvre s'allume, les douleurs du tube digestif persistent, quoique à un degré de plus en plus faible ; souvent la toux devient fréquente et opiniâtre, et les malades ne se rétablissent que lentement, conservant dans un bon nombre de cas, des traces de la maladie après leur guérison.

Traitement. — M. Bouchardat a bien résumé ce traitement dans le passage suivant :

« Dans les cas d'empoisonnement par les acides, le *contre-poison seul suffit* pour rétablir le malade sans qu'il soit nécessaire de recourir aux évacuants et aux agents substitutifs.

» Tous les auteurs de thérapeutique et de toxicologie prescrivent, pour combattre l'empoisonnement par les acides, l'emploi de la *magnésie*, des *carbonates alcalins*, du *savon* ; cela est très rationnel, mais ne suffit pas. Je crois avoir rendu un véritable service en formulant nettement le traitement qu'on doit suivre dans les empoisonnements.

» Il faut d'abord (comme tout le monde l'avait conseillé) administrer de la *magnésie calcinée en excès*, je préfère la *magnésie hydratée*, dont je donnerai plus loin la préparation à propos du travail de M. Bussy sur un contre-poison de l'acide arsénieux (1). Cette terre alcaline réunit de bien précieux avantages ; elle est inoffensive, ellle est purgative, elle est insoluble, et peut arriver dans l'intestin grêle et y saturer l'acide qui aurait pu y rester ; mais son insolubilité la rend insuffisante pour remplir une indication capitale. J'ai prouvé que, dans les cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique, cet acide était absorbé, et qu'arrivé dans le sang, il pouvait déterminer la formation de caillots qui arrêtaient la circulation et conduisaient à la mort ; il faut donc poursuivre cet acide sulfurique absorbé, et la chose est très facile en administrant, *après la magnésie, une substance alcaline soluble* qui, étant rapidement absorbée, va dissoudre les caillots qui commençaient à se

(1) Voyez l'article *Empoisonnement par les arsenicaux.*

rmer. Aucune matière ne convient mieux, à cet égard, que le *bicarbonate de soude*. Il ne faut pas l'administrer avant la magnésie, car le dégagement considérable d'acide carbonique qui suivrait son emploi immédiat pourrait faciliter ces perforations de l'estomac, qui sont tant à craindre dans les cas d'empoisonnement par les acides. La magnésie ne présente point ce danger; il faut d'abord saturer avec elle les acides contenus dans l'appareil digestif. Voici la formule du traitement que j'ai souvent employé dans les cas d'empoisonnement par les acides :

» 1° *Magnésie calcinée, hydratée :* 20 à 50 grammes, délayés dans un litre d'eau.

» 2° Puis, après l'emploi de la magnésie, prescrire abondamment des *solutions de bicarbonate de soude :* 10 grammes de ce sel par litre, voilà une proportion convenable.

» Depuis que je suis à l'Hôtel-Dieu, ce traitement de l'empoisonnement par les acides a été plusieurs fois employé, à mon instigation, dans des cas très graves, et suivi de guérison. On l'a prescrit dans les cas d'*empoisonnement par le bleu en liqueur*, *par l'acide sulfurique* étendu de son poids d'eau, et *par l'acide nitrique.*

» *Nota.* — Il est bien entendu que ce traitement ne peut s'appliquer aux cas d'empoisonnement par des acides dont les sels sodiques sont vénéneux, tels que l'acide arsénique, etc. »

ARTICLE VIII.

EMPOISONNEMENT PAR LES ALCALIS ET LES SELS DONT ILS SONT LA BASE

Signes de l'empoisonnement par les alcalis. — Saveur âcre, caustique, *urineuse ;* convulsions violentes, douleurs souvent très vives. La *matière des vomissements est savonneuse et grasse au toucher*, *ramène au bleu la teinture de tournesol rougie par les acides*, *rougit par le papier de curcuma*, *verdit le sirop de violette ;* elle *ne bouillonne pas sur le carreau.* D'ailleurs les autres symptômes sont à peu près semblables à ceux de l'empoisonnement par les acides. Les *alcalis caustiques* ramollissent la muqueuse buccale et perforent l'estomac.

Traitement. — Les moyens de traitement ne s'appliquent pas aussi généralement aux alcalis et à leurs sels qu'aux acides; il faut donc, après avoir exposé le traitement général, entrer nécessairement dans quelques détails

TRAITEMENT EN GÉNÉRAL.

Donner des acides végétaux étendus d'eau : ainsi, le *vinaigre*, le *citron*, l'*acide tartrique*, dans les cas d'empoisonnement par la potasse et ses composés. La limonade tartrique est, ainsi que le fait remarquer M. Bouchardat, celle qu'on doit préférer, parce que, de tous les sels de potasse, le bitartrate est le plus inoffensif.

On administre ensuite une *potion huileuse* (*huile d'amandes douces*), et l'*eau tiède* en abondance. Enfin, on a recours aux *émollients* à l'intérieur et à l'extérieur, et aux *sangsues*, s'il se développe de violents accidents inflammatoires.

[redacted]

TRAITEMENT DE QUELQUES EMPOISONNEMENTS EN PARTICULIER.

Foie de soufre (sulfure de potasse). — Dans cet empoisonnement, remarquable par l'*odeur d'œufs pourris qui s'exhale de la bouche et des narines*, les acides, ainsi que le fait remarquer M. Devergie, seraient nuisibles, parce qu'ils mettraient à nu l'acide sulfhydrique, qui est un poison très actif. Il faut donc se contenter, comme le prescrit cet auteur, *de faire vomir avec une grande quantité d'eau chaude* et de donner *une cuillerée de chlore liquide par verre d'eau.*

Baryte et ses composés. — On doit *administrer le sulfate de potasse, de soude ou de magnésie* à la dose de 12 grammes par litre d'eau; puis *expulser par le vomissement le produit de la neutralisation chimique.*

Ammoniaque liquide et ses composés. — Donner d'abord un *vomitif*, puis une *grande quantité d'eau*, et *recourir de nouveau au vomitif.*

Nitrate de potasse. — Il n'y a pas de contre-poison. *Provoquer le vomissement.*

ARTICLE IX.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS MERCURIELLES.

Signes de l'empoisonnement par les préparations mercurielles. — Saveur métallique, âcre ; sentiment de brûlure et de constriction à la gorge; constriction de l'estomac et des intestins; nausées, vomissements dont la *matière ne bouillonne pas sur le carreau, et n'agit pas sensiblement sur le papier de tournesol ;* rapports fréquents et fétides, hoquet; urines difficiles; douleur et tuméfaction du ventre; déjections alvines assez souvent sanglantes ; pouls petit, serré, quelquefois inégal, quelquefois fort. Crampes, froid des extrémités, prostration ; décomposition de la face, parfois érection du pénis ; inflammation de la bouche et du pharynx, et salivation.

Ces symptômes se rapportent principalement à l'*empoisonnement par le deutochlorure de mercure* (sublimé corrosif), mais il n'y a pas lieu d'indiquer avec détail les empoisonnements par les autres sels. Ils ne diffèrent, en effet, que par la plus ou moins grande violence des accidents, et la raison en est bien simple : c'est que, comme l'a démontré M. Mialhe (1), une partie de ces sels de mercure introduite dans l'économie est changée en deutochlorure, et que cette partie est la seule active, soit comme médicament, soit comme poison.

Traitement. — Nous allons indiquer celui que propose M. Bouchardat; nous y joindrons quelques moyens conseillés par d'autres auteurs.

« Orfila a découvert que l'*albumine* était un excellent contre-poison du sublimé corrosif; en effet, son efficacité a été reconnue dans de nombreuses expériences : c'est une substance d'un emploi fréquent, à la portée de tout le monde, d'une complète innocuité.

» Dès les premiers symptômes qui caractérisent l'empoisonnement mercuriel,

(1) *Art de formuler.* Paris, 1845, p. CLXXIV et suiv.

on fera prendre au malade *quelques verres de blancs et de jaunes d'œufs délayés dans l'eau. On évitera de donner un grand excès d'albumine*, qui, si elle n'était pas vomie, pourrait dissoudre une petite partie du précipité à mesure qu'il se formerait.

» Il sera bon de faire avaler en même temps, ou le plus tôt qu'on pourra s'en procurer, *cinquante grammes de gelée de persulfure de fer*, ou *dix grammes de fer réduit par l'hydrogène*, dont nous avons, M. Sandras et moi, démontré l'efficacité dans les cas d'empoisonnement par les sels mercuriels.

» Il est indispensable de *favoriser les vomissements et les évacuations alvines* par d'*abondantes boissons aqueuses ou mucilagineuses.* Cullerier a pu sauver deux cents malades qui avaient pris un excès de sublimé corrosif, en leur faisant avaler à chacun, dans les vingt-quatre heures, *sept à huit litres de lait, de décoction de graine de lin et d'eau tiède.* »

Nous venons de voir que MM. Bouchardat et Sandras ont une grande confiance dans l'hydrate de persulfure de fer ; mais M. Mialhe, dont les expériences ont fait connaître le sulfure de fer hydraté comme le meilleur contre-poison des sels de mercure, regarde la substance recommandée par les deux expérimentateurs précédents comme un protosulfure impur, et pose en principe qu'il faut recourir exclusivement au *protosulfure de fer hydraté.* Ce contre-poison a la sanction d'Orfila, qui a reconnu (1) que le protosulfure de fer anéantit complétement les propriétés vénéneuses du sublimé corrosif, s'il est *administré à dose suffisante immédiatement après l'ingestion de ce poison*, et qu'*il est inefficace s'il n'est donné qu'au bout de dix ou quinze minutes.*

Il suit de là que l'on doit toujours regarder l'*albumine* comme un contre-poison précieux, parce qu'on peut presque toujours se la procurer plus promptement que le sulfure de fer hydraté.

Voici comment, d'après M. Mialhe, on prépare le protosulfure de fer hydraté :

« On fait dissoudre une quantité quelconque de protosulfate de fer pur dans au moins vingt fois son poids d'eau distillée privée d'air par l'ébullition, et l'on opère la précipitation du sel ferreux au moyen d'une quantité suffisante de sulfhydrate de soude ou d'ammoniaque également dissous dans l'eau distillée non aérée. On lave ensuite, avec de l'eau pure bouillie, le protosulfure obtenu, et on le conserve dans un flacon bouché à l'émeri, plein d'eau distillée. La recommandation doit être exécutée à la lettre, ce composé ayant la plus grande tendance à passer à l'état de sulfate, et non à l'état de persulfure, comme on l'a indiqué dans quelques écrits estimables qui en ont parlé après ma publication. »

Les autres empoisonnements par les sels mercuriels doivent être traités de la même manière ; il n'y a qu'une exception, elle est relative à l'*empoisonnement par le cyanure de mercure.* Dans cet empoisonnement, l'hydrate de protosulfure de fer ne suffit pas ; mais M. Mialhe a trouvé le véritable contre-poison, qui consiste à *ajouter à l'hydrate de sulfure de fer environ le quart de son poids de magnésie calcinée.*

M. le docteur Poumet recommande le *protochlorure d'étain* contre l'empoisonnement mercuriel ; mais Orfila (2) fait remarquer : 1° que le protochlorure d'étain

(1) *Journal de chim. méd.*
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 29 juin 1847, t. XII, p. 831.

[redacted]

est une substance qu'on n'a pas sous la main et qu'on ne peut se procurer qu'au bout d'un certain temps, de telle sorte qu'on peut laisser passer le moment opportun, qui est très court dans l'empoisonnement par le sublimé, par exemple; 2° que le protochlorure d'étain est lui-même un sel vénéneux, que par conséquent si on l'administre après le moment opportun, on ajoute un poison à un autre poison; 3° que s'il s'agit d'un autre empoisonnement, tel que l'empoisonnement par l'arsenic, le plomb, le cuivre, on ne peut qu'augmenter le mal. Or le diagnostic n'est pas toujours facile. Ces considérations sont toutes pratiques, et doivent déterminer le praticien à renoncer à la substance proposée par M. Poumet.

Quant au *traitement des accidents consécutifs*, il n'est pas encore parfaitement fixé. Les uns veulent, et c'est la majorité, qu'on s'oppose aux effets irritants par les *antiphlogistiques*, et les autres qu'on emploie les *stimulants* et les *toniques*. Cette dernière médication est fondée sur les idées de contro-stimulisme de l'école italienne, idées théoriques qui ne sont pas suffisamment établies sur les faits, et contre lesquelles Orfila a accumulé les preuves expérimentales.

ARTICLE X.

TREMBLEMENT MERCURIEL.

La *salivation mercurielle* doit être rapportée à une intoxication; mais nous en avons parlé dans un précédent volume (1). Quant à l'*hydrargyrie*, nous avons dit, en décrivant les maladies de la peau, qu'elle n'est autre chose qu'un *eczéma aigu*; il ne nous reste donc à parler que du tremblement mercuriel.

Les travaux sur cette maladie sont peu nombreux; les plus importants sont ceux de Mérat (2), et de M. Al. Colson (3).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Cette affection, à laquelle on a aussi donné le nom de *tremblement des doreurs*, est caractérisée par des convulsions occupant une plus ou moins grande étendue du corps, sans autre accident remarquable, du moins dans la très grande majorité des cas. Avant l'emploi des moyens prophylactiques mis en usage aujourd'hui, la maladie était très fréquente; elle l'est devenue moins encore depuis qu'on a découvert les procédés électro-chimiques pour la dorure des métaux (4).

§ II. — Causes.

L'*absorption du mercure vaporisé* est la cause principale du tremblement mercuriel; c'est elle qui produit la maladie chez les doreurs sur métaux, les ouvriers

(1) Voy. tome II, *Stomatite mercurielle*.
(2) *Mémoire sur le tremblement des doreurs sur métaux* (*Journ. de méd.*, par Corvisart, 1804, t. VIII, p. 391). — *Traité de la colique métallique*. Paris, 1812.
(3) *Archives gén. de méd.*, 1827, t. XII, XIV, XV.
(4) Vernois, *Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative*. Paris, 1860, t. I, p. 586 et 587.

des manufactures de glaces, les chapeliers, les ouvriers qui exploitent les mines de mercure. Plusieurs faits prouvent que l'absorption par d'autres voies peut produire le même effet ; mais cela n'est pas fréquent. M. Colson a rapporté des cas dans lesquels le tremblement est survenu après l'usage de la *liqueur de Van-Swieten*, ou de *frictions* sur la peau. Les infirmiers qui pratiquent ces frictions peuvent eux-mêmes contracter la maladie.

La *malpropreté*, le *froid* et l'*humidité*, paraissent prédisposer à cette affection. On a rangé parmi ses causes les vives *émotions morales*. On a aussi remarqué que le tremblement mercuriel est plus fréquent l'*hiver*, ce qui tient sans doute, non-seulement à l'action du froid, mais à la nécessité où sont les ouvriers de se tenir renfermés dans des salles closes et pleines de vapeurs mercurielles.

§ III. — Symptômes.

Dans quelques cas rares, la maladie *débute* d'une manière brusque ; mais le plus souvent le malade ressent d'abord un peu de faiblesse, moins de sûreté dans les mouvements, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que le tremblement se présente avec tous ses caractères. L'affection se déclare en premier lieu dans les membres supérieurs, puis elle attaque les membres inférieurs, les lèvres, la langue et les muscles de la face.

Le tremblement consiste en *petites secousses rapides* et continuelles, qui agitent principalement les membres. Si l'on fait étendre les bras en avant, ce *tremblement* est très sensible aux extrémités, et si l'on fait garder pendant quelque temps cette position, on voit que les secousses vont sans cesse en augmentant ; si l'on fait tenir le sujet debout, on voit les genoux trembler de la même manière. Lorsque la maladie est médiocrement intense, les symptômes se bornent là, et le malade peut encore se servir de ses bras pour les besoins ordinaires de la vie, en ayant soin toutefois de prendre quelques précautions, comme le font les personnes affectées de simples tremblements nerveux.

Lorsque l'affection est plus intense, les malades ont de la *difficulté à saisir les objets*, parce que le tremblement dévie les mains des points vers lesquels elles veulent se diriger. S'ils cherchent à porter quelque chose à leur bouche, ils ne peuvent le faire qu'à plusieurs reprises, la flexion n'ayant lieu que par secousses, et ils sont exposés à répandre le liquide contenu dans le vase qu'ils tiennent à la main. A un degré plus élevé encore, les contractions étant plus étendues et plus brusques, les malades sont exposés à se frapper le visage quand ils veulent porter leur main à leur bouche, et ils *ne peuvent plus boire et manger seuls*. Des phénomènes analogues se manifestent dans les jambes suivant le degré de la maladie. En outre, les *lèvres* et la *langue* étant agitées du même tremblement à divers degrés, il y a de l'*embarras dans la parole*, parfois du bredouillement. Enfin on observe quelquefois le grimacement de la *face* par suite des contractions spasmodiques des muscles. Chez quelques-uns la *mastication* est impossible, et, dans un nombre de cas peu considérable, la maladie peut occasionner l'*insomnie*, le *délire*, l'*affaiblissement de l'intelligence*, l'*obtusion de plusieurs* sens, et même la perte de co-*naissance* momentanée. *On* a vu aussi des cas dans lesquels la respiration é *pénible et convulsive. Du reste*, l'*appétit* se conserve presque toujours, bien

[redacted]

quelquefois la langue soit pâteuse. Quant au *pouls*, il a ordinairement ses caractères normaux; quelquefois il est lent et un peu fort.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique; la *durée* est longue en général, même quand on soumet le malade à un traitement efficace; les *récidives* sont fréquentes chez les sujets qui reprennent leurs travaux, et même une première attaque prédispose aux secondes, et ainsi de suite.

M. Burdin (1) est le seul qui ait cité des cas de *terminaison* par la mort; cette terminaison n'a lieu que chez les individus qui continuent leur état : elle survient, soit à la suite d'une cachexie mercurielle, soit à la suite d'une hémorrhagie cérébrale.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Deux maladies seulement peuvent être confondues avec le tremblement mercuriel : c'est le *tremblement nerveux* et la *chorée;* mais ce diagnostic n'offre pas de grandes difficultés. Dans le *tremblement nerveux*, en effet, il n'y a aucun signe de cachexie mercurielle; et dans la *chorée*, qui survient sur des individus jeunes, qui n'attaque souvent qu'un côté du corps, il y a des mouvements convulsifs désordonnés qui ne ressemblent pas aux petites secousses successives du tremblement mercuriel.

Pronostic. — Le pronostic n'est réellement grave que dans les cas où le malade, ayant déjà eu plusieurs attaques et présentant, à un certain degré, les signes de la cachexie mercurielle, ne renonce pas aux métiers dans lesquels on emploie le mercure.

§ VI. — Traitement.

En première ligne, nous devons placer les *sudorifiques;* les auteurs qui ont étudié particulièrement cette maladie en ont, en effet, constaté l'efficacité. Ainsi on prescrira la tisane de *salsepareille*, de *gaïac*, de *squine*, de *sassafras*, que l'on pourra édulcorer avec le *sirop de Cuisinier*. On peut encore prescrire l'*acétate d'ammoniaque*, à la dose de 15 à 30 grammes, dans un litre d'une des tisanes précédentes, ou bien à la dose de 4 à 8 grammes dans une potion. La *poudre de Dower* remplit les mêmes indications.

On a aussi mis en usage avec succès les *bains chauds* et les *bains de vapeur;* dans un certain nombre de cas que nous avons observés, les *bains sulfureux* répétés tous les jours, et *unis à l'opium* à dose modérée, ont procuré une guérison complète et assez rapide.

Les *narcotiques* et les *antispasmodiques* peuvent aussi venir en aide aux traitements que nous venons d'indiquer; quant au *régime*, il doit être tonique, et il faut, autant que possible, donner pour habitation au malade un lieu bien aéré.

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. LII, art

ARTICLE XI.

CACHEXIE MERCURIELLE.

a *cachexie mercurielle* reconnaît les *mêmes causes* que le tremblement merel, et nous devons dire ici qu'on la remarque ordinairement à un degré plus noins élevé chez les personnes affectées de cette dernière maladie. Il est plus mun de voir se montrer la cachexie que le tremblement chez les personnes nises à un *traitement mercuriel exagéré.*

ymptômes. — Cette cachexie consiste dans un état de *langueur de toutes les tions*, dans la *mollesse des chairs*, la bouffissure de la face, le gonflement, le ollissement, la destruction des *gencives*, la chute des *dents*, la carie ou la née des *os maxillaires;* quelques *hémorrhagies* par les muqueuses, une *anémie* iculière, l'*infiltration* des jambes, des *palpitations*, des *syncopes*, des *troubles* 'stifs variés, l'*affaiblissement de l'intelligence*, quelquefois des *aberrations*, nfin, dans un certain nombre de cas, un *mouvement fébrile* plus ou moins qué, avec dépression du *pouls*.

'est lorsque la cachexie est parvenue à ce degré, qu'on voit les malades sucber, ainsi que l'a observé M. Burdin (1).

e *traitement* à opposer à cette cachexie particulière consiste dans un régime ifiant, l'exercice en plein air, l'emploi des *toniques* et surtout des *ferrugineux*, lans la plupart des moyens indiqués à propos du tremblement mercuriel. . Christison, Knud, Gusman (2), etc., ont employé contre elle, avec beaucoup uccès, l'*iodure de potassium* à dose modérée.

ARTICLE XII.

EMPOISONNEMENT PAR LES ARSENICAUX.

'est à l'étude de l'empoisonnement par l'*acide arsénieux* (arsenic) que nous ons borner les détails de cet article, parce que les empoisonnements par les es préparations arsenicales n'offrent rien de particulier, et que, d'un autre , c'est presque toujours avec l'acide arsénieux que se pratiquent les empoinements.

es symptômes auxquels donne lieu l'empoisonnement par l'arsenic sont de deux es, les uns locaux et les autres généraux, et il importe beaucoup de les consier sous ce double point de vue.

ymptômes locaux. — Les symptômes locaux produits par l'acide arsénieux sont ogues à ceux que déterminent les autres poisons irritants; mais il faut savoir , de tous les poisons de cette espèce, c'est celui qui agit de la manière la plus dieuse; que, dans un certain nombre de cas, les symptômes sont peu caractéques; qu'ils se bornent parfois à une prostration extrême, avec déjections plus noins abondantes, et que, par conséquent, lorsqu'il survient *brusquement* des

1) Voy. *Tremblement mercuriel.*
2) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, mars 1849, p. 262.

phénomènes de ce genre, on doit recourir promptement à l'*analyse chimique du reste des aliments ou des boissons ingérés, si c'est possible*, ou *des déjections et des vomissements :* analyse qui seule peut rendre le diagnostic positif.

Des symptômes locaux qui vont être décrits, un certain nombre peut manquer. Ces symptômes sont les suivants :

Saveur sucrée, légèrement styptique ; âcre, corrosive, si le poison est en grande quantité ou séjourne sur la muqueuse buccale ; en ce cas, rougeur et cautérisation de la bouche ; nausées, vomissements de matières muqueuses et sanguinolentes, survenant une ou plusieurs heures après l'ingestion. Anxiété précordiale ; douleur vive, brûlante à l'épigastre ; constriction, chaleur œsophagienne ; soif, ventre sensible, coliques, évacuations alvines plus ou moins abondantes.

Dans certains cas, ces symptômes sont d'une intensité extrême : ainsi les douleurs sont atroces, les vomissements sont incessants, etc.

Symptômes généraux. — L'arsenic produit les accidents de l'empoisonnement lorsqu'il est appliqué sur une surface absorbante quelconque : une plaie, la muqueuse vaginale, le rectum, etc. Cela seul suffit pour prouver que le médicament est absorbé ; mais le fait a été d'ailleurs démontré par Orfila, qui a constaté la présence de l'arsenic dans le sang, dans les urines et dans des organes où il n'avait pu être apporté que par l'absorption. Or ce transport de l'arsenic dans le torrent circulatoire donne lieu aux symptômes que nous allons indiquer.

Prostration profonde ; syncopes, température de la peau abaissée ; sueur froide, visqueuse, abondante ; face rouge, injectée, livide ; traits profondément altérés ; éruptions diverses sur la peau, qui quelquefois est cyanosée. Convulsions, trismus, tremblements ; yeux convulsés, vitrés. Parfois céphalalgie, délire, coma ; ordinairement intelligence conservée, sens intacts. Dans quelques cas, diverses paralysies partielles. Pouls d'abord fréquent, développé, puis faible, petit, misérable.

Le médecin ne doit jamais manquer, s'il reste de la poudre suspecte, de la *projeter sur des charbons ardents ;* elle développe alors une *odeur alliacée caractéristique.*

M. Chatin a trouvé, à l'aide de l'appareil de Marsh (1), l'arsenic *dans la sérosité d'un vésicatoire* chez une femme qui s'était empoisonnée. C'est là un nouveau moyen de diagnostiquer l'empoisonnement, qui ne doit pas être négligé.

Traitement. — M. Bouchardat résume ainsi le traitement :

« Si j'étais, dit-il, appelé aujourd'hui à donner des soins à un malade empoisonné par l'acide arsénieux, voici comment j'agirais :

» D'abord *je favoriserais le vomissement* d'après les règles ci-dessus exposées ; puis j'administrerais l'*hydrate de peroxyde de fer en gelée. Un demi-kilogramme de cette gelée délayée dans deux litres d'eau sucrée.* Il est indispensable de donner un grand excès du corps précipitant ; car, comme Orfila l'a prouvé, si l'on n'en donne que la quantité strictement nécessaire pour produire de l'arsénite de peroxyde de fer, la puissance vénéneuse de l'acide arsénieux n'est pas détruite, elle n'est qu'entravée.

» Si l'on n'a pas l'hydrate de peroxyde de fer en gelée, il ne faut pas hésiter à faire prendre *trente grammes de safran de Mars apéritif délayés dans un litre*

(1) *Journal de chimie médicale*, septembre 1847.

au, en attendant qu'on ait préparé de la gelée d'hydrate de peroxyde de fer. expériences nous ont prouvé l'incontestable efficacité de ce moyen.

Nos expériences sur les chiens nous avaient également montré qu'on pouvait ployer, comme contre-poison de l'acide arsénieux, le *persulfure de fer en* *e*, mais je crois infiniment préférable d'administrer, en même temps que drate de peroxyde de fer, *vingt grammes de magnésie*. Ce contre-poison est niment précieux, non-seulement parce qu'il forme une combinaison insoluble l'acide arsénieux, mais encore parce que la magnésie purge et doit poursuivre poison arsenical dans les intestins, et, en augmentant les selles, favoriser son ulsion de l'économie. Ainsi, pour résumer, je donnerais *concurremment l'hy-* *te de peroxyde de fer et de magnésie*. Comme cette dernière substance n'est ace que lorsqu'elle est préparée avec les précautions que M. Bussy a fait con- re, nous allons les rappeler.

PRÉPARATION DE LA MAGNÉSIE QU'ON EMPLOIE COMME CONTRE-POISON.

On peut obtenir facilement de la magnésie dans un état convenable par le cédé suivant : On place le carbonate de magnésie (magnésie blanche du com- ce) dans un creuset de terre qui ne doit en être rempli qu'à moitié ; le creuset chauffé de manière que le fond atteigne la température du rouge sombre ; agite continuellement le carbonate avec une spatule de fer pendant la calcina- ; l'eau et l'acide carbonique qui se dégagent déterminent dans la masse une e d'ébullition qui projette quelquefois une portion de magnésie à l'extérieur creuset. Quand ce dégagement a cessé, on essaye la magnésie par l'acide chlor- rique ; elle ne doit plus retenir l'acide carbonique. Toutefois la magnésie qui fermerait encore un peu d'acide carbonique serait préférable à celle qui serait ée longtemps exposée à une trop forte température.

Lorsque la magnésie n'a été que faiblement calcinée, elle s'hydrate prompte- nt et avec facilité ; elle forme, avec l'eau à la température ordinaire, une gelée sistante, comme le fait l'alumine : 2 grammes de magnésie suffisent pour don- à 50 grammes d'eau et plus cette consistance gélatineuse.

Cette quantité de magnésie, délayée dans un décilitre d'eau, peut absorber, me nous l'avons dit, un décigramme d'acide arsénieux dissous également dans lécilitre d'eau, de telle façon que, après avoir agité le mélange un instant et é la liqueur, elle ne précipite plus par l'hydrogène sulfuré.

Il faut éviter d'employer la magnésie trop fortement calcinée, son effet est à peu nul. On la reconnaît facilement aux caractères suivants : Sa densité est plus nde que celle de la précédente ; sa cohésion est plus considérable ; au lieu de drater et de faire pâte avec l'eau, elle gagne le fond du liquide et forme un ôt pulvérulent qui peut rester pendant plusieurs mois en contact avec l'eau sans drater. Mise en contact avec une dissolution d'acide arsénieux, elle ne l'absorbe vec une extrême lenteur.

On peut également préparer *par la voie humide* une magnésie hydratée très ace dans les cas d'empoisonnement : 100 grammes de sulfate de magnésie allisé (sel d'Epsom, sel de Sedlitz) renfermant 51,22 d'eau, 16,26 de magnésie, 2,52 d'acide sulfurique. Il faut théoriquement 38,21 d'oxyde de potassium ou

45,52 d'hydrate pour décomposer complétement la dissolution de 100 gran ce sel, et en précipiter la magnésie à l'état d'hydrate. Mais si, au lieu de pure, on emploie pour cette décomposition la potasse caustique ordinaire (j cautère des pharmacies), qui contient toujours des chlorures, des sulfates, bonate et un excès d'eau, on peut sans inconvénient en prendre 50 parti 100 de sel à décomposer. Si, d'une autre part, on opère sur des liqueur étendues; si le sulfate de magnésie est dissous, par exemple, dans vingt-ci son poids d'eau, et la potasse dans vingt fois son poids du même liquide, o se dispenser de laver le précipité, et se contenter de l'exprimer fortement d linge; la petite quantité de sulfate de potasse et de sulfate de magnésie qu'il ne saurait avoir d'inconvénients sérieux, d'autant qu'il faut, pour l'admin délayer le précipité dans une grande quantité d'eau.

» 10 grammes de sulfate de magnésie dissous dans 250 grammes d'ea composés, comme il vient d'être dit plus haut, par 5 grammes de pierre tère dissoute dans 100 grammes d'eau, fournissent un liquide qui contient un excès de sulfate de magnésie, et d'où la potasse caustique précipite une ce quantité de magnésie, et donne un précipité qui, exprimé dans un linge et dans l'eau sans en avoir été lavé, absorbe immédiatement 1 décigramme d arsénieux dissous dans 1 décilitre d'eau. On doit observer que cette prop d'acide arsénieux n'est pas, à beaucoup près, la limite de ce que peut absor magnésie.

» Toutefois l'emploi de la magnésie calcinée, bien préparée, nous parai aussi sûre et plus facile que celui de l'hydrate de magnésie.

» Quand on aura donné les contre-poisons, si le pouls devient misérable peau se refroidit, on favorisera la réaction par des *sinapismes*, des *couve chaudes*, des *frictions sèches*, une *petite saignée*, des *boissons stimulantes* période algide a fait place à une réaction légitime, tout en maintenant strict la liberté du ventre, on devra prescrire les *boissons diurétiques nitrées*, qu a recommandées. On facilitera ainsi l'*expulsion du poison par les selles* et *urines*, c'est-à-dire qu'on sollicitera les deux principaux émonctoires de substance vénéneuse. »

C'est à M. Bunsen qu'on doit la première idée d'administrer le *protox fer;* M. Mialhe a constaté la grande efficacité du *protosulfure de fer*, faisan jours remarquer que le persulfure n'existe pas, et, ce qui est bien plus qu'il faut une quantité presque double de la substance impure, à laquelle on le nom de *persulfure*, pour produire un effet égal à celui que produit une qu donnée de protosulfure.

Il n'est pas d'empoisonnements sur lesquels les contro-stimulistes aien insisté que sur celui qui nous occupe, pour prouver l'action hyposthénisa poison et les bons effets du *traitement tonique et excitant* (vin, alcool, bouillon, mais Orfila a prouvé, par les faits, qu'ils sont dans l'erreur.

ARTICLE XIII.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS CUIVREUSES.

1° *Signes de l'empoisonnement.* — Saveur désagréable, vomissements nom-ux, douloureux; coliques violentes, *déjections fréquentes, vertes, porracées;* vulsions, prostration, petitesse du pouls; altération des traits de la face; anxiété ordiale, syncopes; gêne croissante de la respiration; parfois paralysie et insen-ité générale.

e médecin appelé devra rechercher s'il reste quelque liquide de couleur bleue, moyen le plus simple pour reconnaître le cuivre dans ce liquide est de l'aci-r, et d'y suspendre par un fil *une aiguille d'acier qui se recouvre d'une couche uivre.*

raitement. — Voici le traitement formulé par M. Bouchardat :

Le meilleur contre-poison des sels de cuivre, c'est le *fer réduit par l'hydro-*; il faut l'*administrer en quantité au moins aussi élevée que le sel de cuivre ré.*

Si l'on a à sa disposition de l'*hydrate de persulfure de fer*, on le prescrira ement avec beaucoup d'avantages. On peut donner 100 *grammes de sirop ucre.*

Si l'on n'a immédiatement sous sa main ni fer réduit par l'hydrogène, ni ate de persulfure de fer, il n'y a pas à hésiter, il faut administrer de l'*eau mineuse* (six blancs d'œufs délayés dans un litre d'eau); l'albumine forme des posés insolubles avec les sels de cuivre. Orfila a constaté l'efficacité de ce re-poison par de nombreuses expériences. »

ous avons à faire absolument les mêmes remarques relativement au persulfure; xpériences de M. Mialhe, qui le premier a signalé le sulfure de fer, contre-on si utile et d'un usage si général, sont en faveur du *protosulfure.*

uant au *sucre*, qui a été regardé comme un contre-poison, il n'agit, d'après recherches de M. Bouchardat, qu'en retardant l'absorption de la substance éneuse.

I. Boucher (1) a publié des observations qui démontrent que la *magnésie cal-ée* arrête entièrement les symptômes de l'empoisonnement par le sulfate de re, et probablement par les autres sels de ce métal.

On doit administrer le contre-poison le plus vite possible et à la dose de ammes d'antidote pour 1 gramme de sulfate.

Le traitement des accidents consécutifs est le même que dans les empoisonne-nts précédents.

COLIQUE DE CUIVRE.

usqu'à ces dernières années on n'élevait pas de doutes sur l'existence d'une table colique de cuivre analogue, non pour les symptômes, mais pour la ma-e dont elle se produisait, à la colique de plomb. Les recherches faites par . Chevallier et Boys de Loury (2) sont venues, sur ce point, changer complé-

(1) *Union médicale*, 18 octobre 1851.
(2) *Annales d'hygiène*, avril et juillet 1850.

tement l'état de la science. Ces deux auteurs ayant, en effet, visité avec soin les manufactures, ayant pris des informations auprès des chefs, ayant recherché les maladies diverses dont les ouvriers peuvent être atteints, se sont assurés que ces maladies n'ont rien de particulier, qu'elles rentrent dans les affections intestinales ordinaires ; qu'elles n'ont pas de causes spéciales ; que le cuivre n'a par lui-même aucun inconvénient, et qu'en définitive *la colique de cuivre doit être rayée du cadre nosologique.*

Il semble, après cela, que nous devrions supprimer une description qui n'a plus d'objet ; mais nous croyons qu'il vaut mieux la conserver pour montrer ce qu'on regardait autrefois comme une colique de cuivre, d'autant plus qu'on y verra une nouvelle preuve de l'opinion de MM. Chevallier et Boys de Loury, puisque les symptômes n'ont absolument rien de spécifique.

Il ne faut pas confondre la colique de cuivre avec les empoisonnements par les préparations de cuivre. Cette maladie due, suivant l'opinion ancienne, à une véritable intoxication, est toujours légère et cède à des moyens très simples.

La colique de cuivre est beaucoup plus rare que la colique de plomb. Elle attaque les fondeurs, les tourneurs en cuivre ; en un mot, tous ceux qui sont exposés à absorber une grande quantité de molécules de ce métal.

Symptômes. — Les symptômes sont ceux d'une entérite plus ou moins intense ; *anorexie*, *soif ;* parfois des *nausées* et des *vomissements ; douleurs* autour de l'ombilic, exaspérées par la pression ; tension de l'abdomen ; *selles* liquides, fréquentes, jaunes, vertes, contenant du mucus ; quelquefois *ténesme ;* en même temps *mouvement fébrile* avec courbature.

Abandonnée à elle-même, et par les seuls soins hygiéniques, cette colique guérit en un septénaire environ. Le traitement peut beaucoup abréger cette durée.

Les renseignements seuls peuvent faire distinguer cette affection d'une entérite intense survenue spontanément.

Le *traitement* consiste dans la *diète*, le *repos* au lit, des boissons adoucissantes ; des *cataplasmes* sur l'abdomen ; une petite quantité d'*opium ;* des *lavements laudanisés* et *amidonnés.*

Cette description est de nature à confirmer la manière de voir des deux médecins précédemment cités, puisqu'il est permis d'y voir, soit une gastro-entérite, soit une entérite simple, soit une dysenterie.

ARTICLE XIV.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'ÉTAIN, DE BISMUTH, DE ZINC, D'OR, D'ARGENT, DE PLATINE.

Nous réunirons dans un même article, et pour les mentionner seulement, toutes ces substances, parce qu'elles présentent, à quelques nuances près, des *symptômes semblables à ceux que produit l'empoisonnement par les sels mercuriels* (1).

(1) [Voyez Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*. Paris, 1852-1854, 3 vol. — Vernois, *Traité d'hygiène industrielle et administrative*. Paris, 1860, 2 vol. in-8. *D'importants* articles ont été consacrés par ces hygiénistes distingués à l'étude des cas *d'incommodités* de ces substances.]

raitement. — *Etain.* Les deux contre-poisons principaux sont le *lait*, proposé Orfila, et le *protosulfure de fer*, recommandé par M. Mialhe. Le premier a ntage de se trouver facilement en abondance; le second précipite plus facile- t le sels tanneux. La *magnésie*, l'*albumine*, la *noix de galle*, et ensuite les *mu- gineux* et les *opiacés*, offrent aussi des avantages.

ismuth. — Le meilleur contre-poison est encore le *protosulfure de fer hy- é;* si l'on en avait pas, on donnerait l'*eau albumineuse* et le *lait.*

n sait que dans ces derniers temps on a remplacé dans plusieurs industries, ıtamment dans la fabrication des couleurs pour la peinture, le plomb par nc, cette dernière substance étant regardée comme innocente. Mais quel- s faits sont venus faire craindre que cette innocuité ne soit pas parfaite, et l'on rlé d'une *colique de zinc*, d'*accidents cérébraux*, de *paralysies* causées par le ; en un mot, de symptômes semblables à ceux que produit le plomb. Il faut dire d'abord que les accidents de ce genre sont infiniment rares, et, en second lieu, il n'est pas prouvé que dans quelques-uns des cas cités on n'eût pas réellement ire à des accidents causés par le plomb. D'un autre côté, les faits rapportés ne t pas assez détaillés pour servir à une histoire complète des affections que peut sionner le zinc. Ce qui résulte principalement des renseignements que nous édons, c'est que si de semblables affections existent, elles n'ont, sous le rap- de leur fréquence et de la facilité avec laquelle on les contracte, rien qui oche des affections saturnines. On peut dire que ces accidents sont de simples ptions. Aussi nous contenterons-nous de citer ici les faits suivants :

. Bouvier (1) a observé chez un homme occupé soit à embariller le blanc de , soit à réparer des barriques qui avaient déjà servi, des symptômes sembla- à ceux de la colique de plomb : vomissements, douleurs abdominales, consti- on. Le traitement par les purgatifs et l'opium fut suivi d'une guérison prompte. Bouvier apprit que cinq autres ouvriers employés aux mêmes travaux avaient uvé les mêmes accidents. Il fit laver avec soin le corps du malade, et les eaux avage ayant été analysées par M. Chatin, il fut démontré qu'elles ne conte- nt ni plomb, ni cuivre, ni arsenic, et qu'elles renfermaient une quantité appré- le de zinc.

I. Landouzy a fait connaître à l'Académie des sciences quelques faits ana- es.

inc. — Les contre-poisons proposés sont : l'*eau albumineuse*, le *lait* et le *rbonate de soude.*

I. Stratton (2), ayant été appelé auprès d'une personne qui avait avalé une so- on de 10 grammes de chlorure de zinc, et qui éprouvait des accidents graves, esser promptement tous ces accidents en administrant à de courts intervalles rois à quatre pintes d'un *fort soluté de savon noir*, et en donnant ensuite de ile d'olive. Nous citons ce moyen parce qu'on peut se le procurer facilement.

rgent. — Le principal contre-poison est l'*hydrochlorate de soude* (sel marin) dissolution.

Or, platine. — On ne connaissait pas encore de contre-poison, lorsque M. Mialhe

(1) *Séances de l'Acad. des sciences*, 13 mai 1840.
(2) Voy. *Union médicale*, 11 octobre 1849.

[redacted]

a établi que le *protosulfate de fer hydraté* est l'antidote par excellenc l'empoisonnement par les sels d'or et de platine.

ARTICLE XV.

EMPOISONNEMEMT PAR LES ANTIMONIAUX.

Signes de l'empoisonnement. — Saveur désagréable, nausées, vomiss fréquents et abondants ; constrictions pharyngienne et œsophagienne, chal douleur à l'épigastre ; coliques, *selles* fréquentes et abondantes ; dyspnée, pr tion, lipothymies, refroidissement des extrémités ; yeux cernés, face pâle, s froides et visqueuses.

Traitement. — *Substances riches en tannin :* décoction de *noix de gall quinquina*, d'*écorce de chêne*, de *marronnier*, de *saule*, de *bistorte*, de *rata* de *cachou.* On a vanté aussi la *magnésie* et le *suc de citron.* Les *émollients* *opiacés* sont utiles quand il y a une vive irritation du tube digestif; mais on combattre aussi la prostration par des *frictions chaudes* et *alcooliques*, par l à l'intérieur, par les *toniques.*

ARTICLE XVI.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'INTOXICATION SATURNINE.

L'intoxication saturnine se produit constamment par suite de l'*absorptio préparations de plomb sous forme moléculaire.* Cette absorption a lieu pa diverses muqueuses ; quelques auteurs ont avancé qu'elle pouvait se faire par l'enveloppe cutanée ; mais des observations bien faites, et dont les princi sont dues à M. Tanquerel des Planches (1), prouvent que cette voie d'absor ne saurait être admise.

Toutes les *professions* dans lesquelles les ouvriers sont placés au milieu d atmosphère contenant une certaine quantité de molécules de plomb en suspe peuvent produire l'intoxication saturnine ; en voici la liste :

Ouvriers cérusiers, ouvriers des fabriques de minium, des fabriques de lith peintres en bâtiments, peintres d'attributs, de voitures, doreurs sur bois, ve seurs de métaux, fabricants de papiers peints, broyeurs de couleurs, fabrican cartes d'Allemagne, ceinturonniers, potiers, faïenciers, verriers, ouvriers de nes de plomb, affineurs, plombiers, fondeurs de cuivre, fondeurs de bronze, deurs de caractères d'imprimerie, imprimeurs, fabricants de plomb de cl lapidaires, tailleurs de cristaux, ouvriers des manufactures de glaces, ouvrie fabriques de nitrate, de chromate, d'acétate de plomb (2).

Ces ouvriers absorbent principalement les molécules saturnines par les voie piratoires, mais ils en absorbent aussi une quantité notable par les voies diges dans lesquelles elles sont introduites avec la salive.

(1) *Traité des maladies de plomb.* Paris, 1839.

(2) [Voyez les articles consacrés à toutes ces industries par M. Max. Vernois, da *Traité d'hygiène industrielle et administrative* (Paris, 1860). Outre les lois organiqu servent de base à la salubrité publique, on y trouvera les details les plus essentiels à co des opérations relatives à l'exercice de ces industries ; un résumé des causes d'insalul d'incommodité ; les prescriptions légales à ordonner, ou les mesures préventives à im enfin une étude complète des dangers et des inconvénients que présentent ces industr la jurisprudence habituelle et légale de leur exercice.]

Il résulte du relevé de M. Tanquerel des Planches, que *les mois de l'année les* *ıs chauds* sont ceux où l'on contracte le plus facilement l'intoxication saturnine. tte intoxication se manifeste de quatre manières différentes, qui sont les suiıtes : *colique de plomb*, *douleurs des membres*, *paralysie*, *accidents cérébraux*. s formes de l'intoxication saturnine ne se produisent pas brusquement ; on obve auparavant quelques symptômes qui méritent d'être indiqués, et que M. Tanerel a désignés sous le nom d'intoxication primitive.

Quelque temps avant qu'une affection distincte se déclare, les ouvriers pâlisıt et maigrissent, ainsi que l'a constaté M. Grisolle (1). Les chairs deviennent sques ; la peau, et surtout celle de la face, prend une teinte jaunâtre à laquelle a donné le nom d'*ictère saturnin*. Des expériences ont prouvé que le sang préıte les caractères de l'anémie ; beaucoup de malades ont la sensation d'une saveur crée ou styptique, leur haleine est fétide ; chez quelques-uns, les gencives sont gnantes, il y a un léger *ptyalisme*, mais en général les gencives sont fermes, ıelquefois usées vers leur bord libre : ceux qui ont vécu au milieu d'une atmosıère abondante en molécules de plomb présentent un *liséré bleuâtre des genves*, occupant 3 ou 5 millimètres de leur bord libre, et quelquefois s'étendant en au delà. M. Tanquerel a constaté que cette coloration est due à un sulfure de omb résultant du contact du métal avec l'hydrogène sulfuré qui se détache, soit s interstices des dents, soit de quelque autre point des voies digestives.

Ces phénomènes sont loin de se montrer chez tous les individus qui doivent être fectés de maladie saturnine ; on ne les voit guère que chez les cérusiers, les vriers en minium, et ceux qui sont constamment exposés à la poussière des prérations de plomb.

Voyons maintenant quelles sont les formes par lesquelles se déclare l'intoxication urnine, en commençant par la colique de plomb.

ARTICLE XVII.

COLIQUE DE PLOMB.

Suivant un passage de Nicandre, cité par M. Tanquerel, la colique de plomb a : décrite très anciennement, et ce dernier auteur a prouvé, par des recherches actes, qu'à toutes les époques, les effets pernicieux du plomb ont été bien nnus ; mais il faut arriver au milieu du XVIIe siècle pour voir cette maladie bien crite par Stockhusen (2). Depuis cette époque, nous avons eu des travaux très :éressants, parmi lesquels il faut citer ceux de de Haen, Weismann, Astruc, ıbois, Stoll, Desbois de Rochefort, et, dans des temps plus rapprochés de nous, ux de Mérat (3), de MM. Andral, Grisolle et Tanquerel (4) ; c'est à ce dernier teur que nous devons les recherches les plus étendues et les plus exactes, et c'est lui surtout qu'il importe d'emprunter les détails qui vont suivre.

(1) *Essai sur la colique de plomb*, thèse. Paris, 1835.
(2) *Traité des mauvais effets de la fumée de la litharge*. Paris, 1776, in-12.
(3) *Traité de la colique métallique*. Paris, 1812.
(4) *Traité des maladies de plomb*. Paris, 1839. — A. Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène ıblique et de salubrité*. Paris, 1854, t. III, art. PLOMB.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

M. Tanquerel regarde la colique de plomb comme une névralgie des organes digestifs et urinaires produite par l'absorption du plomb à l'état moléculaire dans l'économie. Les faits qu'il a cités à l'appui de cette définition ont assurément une grande valeur ; mais comme ils n'ont pas encore résolu toutes les objections qu'on peut faire à cette manière d'envisager la nature de la maladie, nous nous contenterons de la définition suivante : c'est une affection produite par l'absorption du plomb, et dont les principaux symptômes sont de violentes coliques, une constipation opiniâtre et des crampes dans les membres.

La colique de plomb a été décrite sous les noms de *colique saturnine*, *métallique*, *des peintres*, *des plombiers*, *des potiers*, *des barbouilleurs*. On lui a donné aussi le nom de *rachialgie*, la regardant comme une névralgie de la moelle, et M. Tanquerel a démontré que les maladies connues sous les noms de *colique de Poitou*, *de Normandie*, *de Devonshire*, *de Madrid*, ne sont autre chose que la colique de plomb elle-même, sauf quelques cas d'entérite ou d'entéralgie qu'une connaissance peu approfondie de la maladie a fait confondre avec les autres.

[Nous avons dit plus haut (1) que la *colique sèche* ou *végétale* n'était probablement qu'une *colique de plomb*.]

§ II. — Causes.

Il est bien entendu que la cause essentielle de la colique de plomb est l'absorption des molécules de ce métal ; mais il n'en faut pas moins rechercher quelles sont les conditions dans lesquelles se produit le plus facilement la maladie sous l'influence de cette absorption.

Nous avons vu plus haut qu'une *température élevée* est une condition des plus favorables au développement de l'intoxication saturnine en général. Cette remarque s'applique à la colique de plomb. M. Tanquerel, ayant recherché l'influence des *climats*, a vu qu'ils n'en avaient pas d'autre que celle qui résulte de l'élévation plus ou moins grande de la température.

Le même auteur est porté à croire, d'après l'examen d'un certain nombre de faits, que l'on est d'autant plus exposé à contracter la colique de plomb, qu'on est plus jeune, et que les femmes, toute proportion gardée, y sont moins sujettes que les hommes.

Quant à la *constitution* et au *tempérament*, ils n'ont aucune influence marquée. Il n'en est pas de même de la *malpropreté* et des *écarts de régime*, qui favorisent le développement de cette maladie. Enfin M. Tanquerel a constaté que les autres maladies saturnines prédisposent à la colique de plomb.

§ III. — Symptômes.

M. Grisolle, qui a, comme on sait, étudié avec beaucoup de soin cette maladie, l'a décrite ainsi qu'il suit.

(1) Nous recommandons la lecture des consciencieuses études sur la colique sèche, publiées en 1859 par M. Lefèvre, et que nous avons rapidement analysées (t. IV, p. 160).

« La colique de plomb (1) peut débuter d'une manière assez soudaine. Ce-ndant presque toujours elle a des prodromes; ce sont tous les phénomènes d'in-xication précédemment décrits et auxquels se joignent bientôt un état de malaise, s douleurs dans les membres, de l'inappétence, une langue blanche, des selles plus en plus rares et formées presque exclusivement de matières noires et uillées.

» La maladie déclarée, les individus éprouvent une douleur plus ou moins vive, égeant ordinairement à l'ombilic, moins souvent à l'épigastre ou à l'hypogastre; tte douleur occupe parfois plusieurs de ces régions à la fois ; elle s'irradie même ers les lombes, vers les parties génitales, etc. Elle est tantôt obtuse, contusive ; lus souvent elle est aiguë et dilacérante. Elle est continue, mais sujette à des xacerbations irrégulières pendant lesquelles les malades sont dans la plus grande nxiété; leurs yeux se cavent, la figure se grippe; ils poussent des cris lamentables, roulent dans leur lit, et prennent les positions les plus bizarres pour se soulager. eaucoup se couchent surtout à plat ventre, appuyant souvent leur poing sur l'ab-lomen : car un des caractères les plus remarquables de cette douleur est de se almer ordinairement par la pression; mais pour que cet effet soit produit, il faut ue la compression soit faite non par secousses et avec l'extrémité des doigts, nais doucement et par degrés, avec la paume de la main étendue à plat. En pro-édant de la sorte on soulage les malades dans plus des deux tiers des cas.

» Le tiers des malades atteints de colique saturnine a le ventre plus ou moins rétracté; chez les autres, l'abdomen a sa forme ordinaire. La rétraction du ventre se voit surtout dans les coliques violentes. Ce phénomène remarquable nous paraît tenir à une contraction spasmodique des muscles abdominaux qui s'appliquent instinctivement sur les viscères comme pour en atténuer les souffrances.

» Presque tous les malades dont nous parlons sont constipés, et cette constipation est le plus ordinairement très opiniâtre. Plus des trois quarts d'entre eux ont des nausées; celles-ci sont, chez la plupart, suivies de vomissements, qui tantôt sont aqueux, mais qui presque toujours sont bilieux, amers et d'un vert porracé. Quel-ques-uns sont en même temps tourmentés par des éructations et par des hoquets. Chez ces individus, la langue est nette et le plus souvent blanchâtre, la soif est variable, l'appétit complétement nul; l'haleine exhale ordinairement une odeur saburrale. La sécrétion urinaire est presque toujours diminuée, et chez quelques malades la miction est douloureuse et s'accompagne de ténesme.

» Le plus souvent il existe des douleurs dans différentes parties du corps, telles ue de la céphalalgie (chez un quart); des tiraillements, des douleurs convulsives ers les cordons testiculaires (chez un quart); des crampes, un sentiment d'en-ourdissement, ou bien des douleurs lancinantes et dilacérantes dans les muscles es membres inférieurs (chez les trois quarts), ou des supérieurs (chez la moitié), lus ou moins fréquemment dans les muscles lombaires (chez un tiers); enfin, uelques-uns (un septième) éprouvent un sentiment de constriction pénible vers e thorax. Au milieu de ces souffrances si vives, la peau conserve sa température t le pouls sa fréquence normale, souvent même il est plus lent que de coutume; n un mot, la colique de plomb est une affection tout à fait apyrétique; mais les

(1) *Traité de pathologie interne*, 7e édit. Paris, 1857, t. II, p. 19.

[redacted]

malades sont fatigués, leurs forces sont anéanties, ils sont privés de tout sommeil ce qui dépend surtout de la vivacité et de la continuité des douleurs.

» La colique peut se compliquer d'autres affections saturnines, notamment des divers accidents cérébraux, et des différentes formes de paralysies dont nous parlerons plus loin. Elle peut aussi s'accompagner de toute autre maladie survenue indépendamment de l'action du plomb : la chose pourtant est rare; nous en exceptons néanmoins l'ictère, qui se déclare dans un huitième des cas environ, mais il a rarement une grande intensité.

M. Tanquerel, par des recherches attentives, a constaté l'existence, pendant les accès de coliques, de la *rétraction de l'anus*, et de *contractions violentes du rectum*, semblables à des crampes. Il a noté aussi l'existence de *tumeurs mobiles dans l'abdomen*, dues à des accumulations de gaz.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la colique de plomb est variable. M. Tanquerel a distingué trois périodes : *période d'invasion*, *période d'augment* et *période de déclin*. La première marche avec une rapidité très variable; dans la seconde, les exacerbations ou *accès de colique* sont plus ou moins éloignés et ont une intensité très diverse; la dernière peut se terminer très brusquement par la disparition de tous les symptômes; mais il n'est pas très rare de voir, au moment où tous les accidents semblent s'amender, la colique reparaître avec une nouvelle intensité.

La *durée* de cette affection, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, ou lorsqu'elle n'est pas convenablement traitée, est indéterminée ; mais, dans l'immense majorité des cas, un traitement convenable en fait justice en très peu de jours.

Les *rechutes* sont assez fréquentes. M. Tanquerel a constaté qu'elles se produisent une fois sur vingt ; elles sont provoquées ordinairement par des écarts de régime ; mais le plus souvent elles sont dues à l'emploi d'un mauvais traitement.

Les *récidives* sont très fréquentes, c'est-à-dire que les sujets qui ont été une première fois affectés de cette maladie sont plus exposés qu'auparavant à la contracter, s'ils se remettent sous l'influence des mêmes causes, ce qui n'arrive que trop souvent.

§ V. — Lésions anatomiques.

On n'a trouvé absolument aucune lésion qui puisse rendre compte de la colique de plomb, car la rétraction du tube digestif est une simple conséquence de l'affection ; c'est là le principal motif qui a fait regarder la colique de plomb comme une névralgie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Quelques auteurs ont beaucoup insisté sur le diagnostic de la colique de plomb; mais, en y réfléchissant, on verra qu'ils ne l'ont fait que par excès de précaution. On ne pourrait guère, en effet, confondre cette maladie avec la gastralgie et l'*entéralgie;* mais outre qu'on peut presque toujours remonter aux renseignements, il y a une grande différence dans la marche de ces affections : elles n'offrent, sous ce rapport, aucune cause d'erreur. Quant aux cas dans lesquels la constipation est *remplacée* par la diarrhée, ils sont rares, et ils se distinguent des affections inflam-

matoires de l'abdomen par l'absence de toute fièvre, par les accès violents de la colique, par l'état général du malade.

Pronostic. — La colique de plomb doit être regardée comme une maladie grave; car, bien qu'elle n'occasionne pas la mort par elle-même, elle peut être suivie d'accidents cérébraux, de paralysie; en un mot, avoir des conséquences redoutables.

§ VII. — Traitement.

Un assez grand nombre de moyens ont été mis en usage contre la colique de plomb, mais aujourd'hui il est reconnu par tous les praticiens qu'il n'y a qu'une seule méthode qu'on doive adopter, c'est celle qui unit les narcotiques aux évacuants.

Traitement de la Charité. — Nous devons commencer par ce traitement célèbre, et qui a procuré un très grand nombre de guérisons. Nous allons donner d'abord la formule de ce traitement compliqué et qui dure sept jours.

Formule du traitement de la Charité.

PREMIER JOUR. — 1° Dans la journée : *Eau de casse avec les grains*, ainsi composée.

℞ Casse en bâton concassée............................ 60 gram.

Faites bouillir dans :

Eau.. 1000 gram.

Ajoutez :

Émétique............ 0,15 gram. | Sel d'Epsom............ 30 gram.

2° Dès l'entrée : *Lavement purgatif des peintres :*

℞ Feuilles de séné.................................... 15 gram.

Faites bouillir dans :

Eau.. 1000 gram.

Ajoutez :

Sulfate de soude........ 15 gram. | Vin émétique.......... 120 gram.

3° Le soir : *Lavement anodin des peintres :*

℞ Huile de noix......... 180 gram. | Vin rouge............ 360 gram

4° A huit heures : *Bol calmant.*

℞ Thériaque......... 4 à 6 gram. | Opium........ 0,05 à 0,07 gram.

DEUXIÈME JOUR. — 1° Le matin : *Eau bénite :*

℞ Tartre stibié........ 0,30 gram. | Eau tiède............ 250 gram.

A prendre en deux fois, à une heure de distance.

2° Le reste du jour : *Tisane sudorifique simple :*

[redacted]

℞ Gaïac, Squine ... ãã 30 gram. | Salsepareille ... 30 gram.

Faites bouillir une heure dans :

Eau ... 2000 gram. | Jusqu'à réduction à ... 1000 gram.

Ajoutez :

Sassafras ... 30 gram. | Réglisse ... 15 gram.

Faites bouillir encore légèrement, et passez.

3° A cinq heures du soir : Le *lavement anodin des peintres*, ut suprà.
4° A huit heures : Le *bol calmant*, ut suprà.

TROISIÈME JOUR. — 1° *Deux verres* de la *tisane sudorifique laxative* suivante :

℞ Tisane sodorifique simple, *ut suprà*	1000 gram.
Séné	30 gram.

Faites bouillir légèrement et passez.

2° Dans la journée : *Tisane sudorifique simple*, ut suprà.
3° A quatre heures : *Lavement purgatif des peintres*, ut suprà.
4° A six heures : *Lavement anodin*, ut suprà.
5° A huit heures : *Bol calmant*, ut suprà.

QUATRIÈME JOUR. — 1° Le matin : *Purgatif des peintres.*

℞ Follicules de séné ... 8 gram. | Eau ... 240 gram

Réduisez par l'ébullition à 180 grammes. Ajoutez :

Sel de Glauber	30 gram.	Sirop de nerprun	30 gram.
Jalap en poudre	4 gram.		

2° Après l'administration du purgatif : *Tisane sudorifique simple*, ut suprà.
3° A cinq heures : *Lavement anodin*, ut suprà.
4° A huit heures : *Bol calmant*, ut suprà.

CINQUIÈME JOUR. — 1° *Tisane sudorifique laxative*, ut suprà.

2° A quatre heures : *Lavement purgatif des peintres*, ut suprà.
3° A six heures : *Lavement anodin*, ut suprà.
4° A huit heures : *Bol calmant*, ut suprà.

SIXIÈME JOUR. — Reprendre le *traitement du quatrième jour*.

SEPTIÈME JOUR. — Reprendre le *traitement du cinquième jour*, et, de plus, *tisane sudorifique simple*, dans la journée.

RÉGIME. — On prescrit la diète pendant le traitement; seulement, dès le cinquième jour, on peut permettre du bouillon.

Après ce traitement complet, le malade est ordinairement guéri. On se conte

rs de continuer pendant quelques jours l'usage de la *tisane sudorifique simple*, parfois du bol calmant.

Si les accidents n'étaient pas complétement dissipés, on pourrait reprendre le itement des derniers jours, à partir du troisième, du quatrième ou du cinième, suivant les cas; s'ils conservaient quelque gravité, on ne devrait pas héer à recommencer tout le traitement, et c'est ce qu'il faut faire dans les cas de chute.

Ce traitement renferme une multitude de médicaments compliqués, et l'on peut pposer que plusieurs d'entre eux sont inutiles. Aussi bien des médecins ont-ils odifié la formule, retranchant un médicament ou l'autre, suivant leur manière de ir. Ont-ils eu raison? Rien ne le prouve, car il ne nous ont pas fait connaître le sultat de leur médication. Nous pensons que, si l'on veut administrer le traitement de la Charité, il n'y a, dans l'état actuel de la science, aucun motif d'en renncher un moyen plutôt qu'un autre.

Quant aux résultats, nous avons dit plus haut qu'ils sont plus satisfaisants, et est ce qu'a constaté M. Tanquerel. Mais n'est-il pas de médication plus simple et us efficace? C'est ce qu'il s'agit de rechercher.

M. Tanquerel ayant vu mettre en usage l'*huile de croton* dans un nombre conlérable de cas, a trouvé que, par ce moyen, les malades guérissaient plus rapiment, et dans une plus grande proportion des cas, que par le traitement de la iarité, dont néanmoins il reconnaît la grande efficacité. M. Grisolle, qui, comme nteur que nous venons de citer, a étudié avec un grand soin les maladies saturnines, t du même avis, en sorte que cette manière de voir a une très grande valeur; anmoins il nous paraît que les recherches doivent être continuées sous ce point de e, parce qu'un certain nombre de cas étant rebelles aux meilleures médicans, et le hasard pouvant en réunir un grand nombre dans une série de faits, on saurait trop multiplier les expériences. Voici comment, d'après M. Tanquerel (1), t être administrée l'huile de croton :

TRAITEMENT PAR L'HUILE DE CROTON TIGLIUM.

« Le meilleur mode d'administration de l'huile de croton, c'est de la donner à dose d'*une goutte* dans une cuillerée de tisane, à la première visite qu'on fait malade.

» Si cette première prise ne produit pas de selles ni de vomissements, sept ou it heures après, il faut encore administrer une *nouvelle goutte* ou un *lavement rgatif*.

» Le lendemain et le surlendemain, on devra encore prescrire l'huile de croton la même manière.

» Le quatrième jour, lorsque le malade est entièrement débarrassé de tous les mptômes de la colique, on peut lui faire administrer un *second lavement purtif*, que l'on continue jusqu'au septième ou huitième jour. Dans les cas rares où colique n'a pas entièrement cessé le quatrième jour, *il faut encore donner une*

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 401.

goutte d'huile de croton, qu'on peut même répéter les jours suivants, si par hasard toutes les traces de la maladie n'avaient pas disparu.

» Lorsque le malade vomit l'huile de croton, un quart d'heure ou une demi-heure après son introduction, il faut *la mélanger avec 30 grammes d'huile de ricin*, ou l'administrer en *lavements à une dose double* de celle prescrite par la bouche.

» En même temps qu'on administre l'huile de croton, il est bon que le malade fasse usage d'une *grande quantité de tisane*. La plupart des nôtres buvaient chaque jour *deux ou trois pots d'orge miellée.* »

M. Grisolle conseille, s'il y a des symptômes saburraux, de commencer par administrer l'*émélo-cathartique* suivant :

℞ Tartre stibié... 0,10 ou 0,15 gram. | Sulfate de soude......... 15 gram.

On favorise l'action évacuante par des *lavements purgatifs*.

Tous les soirs on donne de 5 à 10 centigrammes d'*opium* pour procurer un peu de sommeil.

Il n'est pas rare de voir la première administration de l'huile de croton produire une amélioration des plus marquées; mais l'expérience a prouvé qu'il ne fallait pas s'arrêter, et que le remède doit être donné au moins pendant trois jours; et si plus tard les accidents se reproduisaient avec une certaine intensité, il ne faudrait pas hésiter à revenir à son emploi.

Telles sont, comme nous l'avons dit plus haut, les seules médications dans lesquelles on puisse, jusqu'à nouvel ordre, avoir une entière confiance; mais on a vanté encore d'autres moyens que nous allons énumérer :

M. Aran (1) emploie le chloroforme en applications *loco dolenti*, dans une potion, à la dose de 30 gouttes, et en lavements; les doses peuvent être répétées dans la journée, mais ce médicament n'est employé qu'à titre d'adjuvant. On n'a pas besoin, comme pour l'opium et la belladone, de se préoccuper des conséquences de son emploi. Les coliques sont très promptement calmées.

M. Malherbe (2) remplace l'opium par la *belladone*, qui, outre son action sédative, possède également des propriétés légèrement laxatives. Il dit avoir obtenu de bons résultats dans 29 cas dans lesquels il a employé ce médicament de la manière suivante :

Le premier jour, extrait de belladone 0,05 gram. unis à 0,10 gram. de poudre de racine de la même plante. Si l'action du médicament est évidente, il continue à la même dose pendant trois ou quatre jours, puis diminue et cesse; dans le cas contraire, il va jusqu'à doubler et même tripler ces doses.

Les *boissons chargées d'hydrogène sulfuré*, proposées d'abord par Lalouette, puis par MM. Chevallier et Rayer, sont aujourd'hui abandonnées; la *limonade sulfurique*, vantée par M. Foucat et surtout par M. Gendrin (3), est un moyen reconnu infidèle par tous les autres expérimentateurs; l'*alun*, le *mercure*, le *fer*,

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 avril 1852.
(2) *Revue médico-chirurgicale de Paris*, décembre 1850.
(3) *Transactions médicales*. Paris, 1832, t. VII. — *Lettre à l'Académie des sciences*, 15 février 1840. — *Annales d'hygiène*. Paris, 1841, t. XXV, p. 463 ; t. XXVI, p. 543.

plomb*, qui a été prescrit lui-même, ne méritent pas plus de confiance. La *méthode antiphlogistique* a été vantée par un certain nombre de médecins; mais dans les cas où elle a paru avoir du succès, on a mis en usage des purgatifs, et tout porte à croire que c'est à eux qu'on doit la guérison de la maladie. Dans un certain nombre de cas, l'*opium* et les autres narcotiques ont eu un effet plus marqué; mais aujourd'hui tout le monde reconnaît qu'il est nécessaire de les associer aux évacuants. On a encore conseillé la *noix vomique*, mais ce médicament est abandonné.

Dans ces derniers temps, M. Sandras (1), ayant traité un assez grand nombre de sujets par le *persulfure de fer*, a obtenu des guérisons remarquables, et regarde ce moyen comme supérieur au traitement de la Charité; il est à désirer que ces expériences soient continuées. Le *tabac* en fomentations et en lavements a été également conseillé par des médecins qui ont été sans doute trompés par quelques cas exceptionnels de guérison. Quant au traitement très compliqué de M. Ranque, nous ne l'exposerons pas ici, parce que rien ne prouve qu'il ait une efficacité approchant de celle de la méthode évacuante; nous dirons seulement qu'il est à la fois *révulsif* et *calmant*.

ARTICLE XVIII.

ACCIDENTS CÉRÉBRAUX SATURNINS.

Les *accidents cérébraux saturnins* avaient passé inaperçus ou avaient été attribués à d'autres causes qu'à l'intoxication saturnine jusqu'à ces trente dernières années; alors on commença à publier quelques observations qui prouvèrent que les symptômes cérébraux étaient véritablement le résultat de l'empoisonnement par le plomb; et enfin, en 1836, M. Grisolle (2) a pu, à l'aide d'un certain nombre de faits bien observés, donner l'histoire des principales formes qu'affectent les accidents cérébraux saturnins. Aussi est-ce à cet auteur que nous devons emprunter les principaux détails de cet article.

§ I. — Symptômes.

Les formes dont il s'agit sont au nombre de trois : 1° *forme délirante*, 2° *forme convulsive*, 3° *forme comateuse*. Nous les décrirons successivement après avoir dit un mot des prodromes qui leur sont communs.

Début, prodromes. — Dans un certain nombre de cas, la maladie survient tout à coup et d'une manière foudroyante, revêtant tantôt une forme, tantôt une autre. Bien plus souvent les choses se passent autrement : chez des individus dont la plupart viennent d'être en proie à la colique de plomb, et dont quelques-uns éprouvent encore les symptômes de cette colique, il survient les symptômes suivants : céphalalgie frontale ou sincipitale; vertiges, sommeil agité ou somnolence, hébétude du regard, accélération du pouls; inquiétude ou tristesse, parfois amaurose; engourdissement, fourmillements ou douleurs dans les membres.

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 132.
(2) *Journal hebdomadaire*, t. IV.

[redacted]

1° *Forme délirante.* — Cette forme se remarque chez un quart des individus affectés d'accidents cérébraux. Le *délire* consiste quelquefois en une simple divagation ; plus souvent c'est un *délire furieux* avec vociférations, injures, coups donnés aux personnes qui approchent les malades, et parfois illusions et hallucinations. Dans un certain nombre de cas, entre les paroxysmes, les malades recouvrent en partie leur raison.

Le délire est *continu*, mais avec des exacerbations ordinairement très violentes et irrégulières; pendant ces *paroxysmes*, la raison est toujours complétement perdue.

Ce délire peut se dissiper de lui-même, au bout de quatre ou cinq jours, après un sommeil paisible, et les malades ne conservent qu'une idée confuse de ce qui s'est passé. Ces cas ne sont pas, à beaucoup près, les plus fréquents, et, dans un certain nombre d'entre eux, les rechutes sont à craindre. Quelques sujets *meurent subitement* au plus fort de leur délire; d'autres se *donnent la mort*, et dans le plus grand nombre des cas, cette forme délirante se *termine par la forme comateuse.*

2° *Forme convulsive.* — Cette forme a reçu les noms de *forme épileptique* ou d'*épilepsie saturnine.* M. Grisolle n'a jamais pu constater l'existence de l'*aura epileptica.* Voici les différentes variétés que présente l'épilepsie saturnine :

Quelques individus (un septième) *tombent subitement sans connaissance*: la *sensibilité* est abolie, les *yeux* sont fixes ; on n'observe *aucune convulsion.* Cet état dure plusieurs heures.

« Lorsque, dit M. Grisolle, à qui nous empruntons ces détails, les malades reprennent connaissance, ils *ne jouissent pas immédiatement de la plénitude de leurs facultés intellectuelles ;* ils ne se rappellent ni leur attaque, ni souvent les circonstances qui l'ont précédée ; leur physionomie porte l'empreinte d'une *stupeur* profonde ; leurs membres sont tremblants ; ils chancellent, ils sont debout, et ne saisissent les objets extérieurs qu'avec hésitation ; leurs idées sont confuses ; leur parole est lente, embarrassée.

» Bientôt, c'est-à-dire après huit ou dix minutes, une ou plusieurs heures, une *nouvelle attaque* se déclare : celle-ci s'accompagne ordinairement de *mouvements convulsifs ;* on voit alors la figure du malade s'injecter tout à coup, puis, et en un instant presque indivisible, la rougeur est remplacée par la *pâleur* de la mort. Si l'individu est debout, il *tombe à la renverse* comme une masse inerte, insensible à tous les excitants extérieurs. Aussitôt *tout son corps se roidit ;* les membres, les supérieurs surtout, éprouvent de légères *secousses ;* on n'observe pas généralement de mouvements désordonnés qui poussent les malades hors du lit où ils reposent. Ordinairement la roideur, quelquefois presque tétanique, prédomine dans un côté : alors on voit la *face* horriblement défigurée ; les commissures sont fortement tirées à droite ou à gauche ; les paupières sont fermées ou largement ouvertes ; les *yeux* fixes ou roulants : toutes les parties sont agitées de petits mouvements convulsifs. La *langue*, dans la moitié des cas, saisie entre les dents, est déchirée ; une *salive écumeuse*, très rarement sanguinolente, inonde les lèvres, en même temps que le gonflement des veines du cou et la turgescence violacée de la face viennent augmenter encore l'horreur d'un pareil tableau.

» Pendant que ces phénomènes existent, la *respiration* est courte et pénible

lle devient bruyante, stertoreuse, lorsque la résolution arrive. Alors la pâleur emplace la teinte violacée de la face; la *peau* se couvre de *sueur;* les membres ont dans une *résolution complète;* les *pupilles* sont largement dilatées; la *sensiilité* générale continue d'être abolie; mais l'attaque est terminée après une durée noyenne de quelques minutes seulement.

» Quant à la marche ultérieure de l'affection, elle varie suivant les cas. Sur plus le la moitié des malades, après quatre ou dix minutes, la *sensibilité revient pro-ressivement;* l'intelligence reste obtuse; le malade néanmoins est susceptible de ercevoir quelques sensations; il peut fournir quelques renseignements, mais ommunément il exprime mal ses pensées; il bredouille souvent des mots inintel-igibles. Quelques-uns, à peine réveillés, s'agitent et vocifèrent; ils sont devenus *naniaques;* d'autres sont tourmentés par des idées sinistres, ou ont des visions effrayantes. Cette agitation furibonde, ces pensées tristes, cessent après quelques minutes, ou au plus tard après quelques heures, et sont remplacées par une *nouvelle attaque d'épilepsie*, ordinairement plus intense que la première. Alors *les accès se rapprochent de plus en plus;* ils deviennent presque subintrants lorsque la maladie doit avoir une terminaison fâcheuse; dans leurs intervalles, qui sont fort courts, les malades ne recouvrent pas leur intelligence, mais restent plongés dans un *état comateux* et une insensibilité absolue.

» Dans quelques cas peu fréquents (une fois sur six), les convulsions sont irrégulières et difficiles à caractériser : c'est ce qui a fait dire à Stoll que presque tous les genres de convulsions ont lieu dans la colique saturnine, mais principalement la plus grave de toutes et qui attaque tout le corps, l'épilepsie, qui saisit, quitte, reprend les malades dans tous les temps et lorsqu'ils y pensent le moins.

» La forme convulsive peut être *irrégulière dès le début*, ou le devenir après des attaques d'épilepsie souvent répétées; dans ces cas, ces convulsions sont partielles, affectent la face entière ou l'un de ses côtés seulement; un ou plusieurs membres ont à la fois frappés de *contracture permanente*, persistant sans interruption trois, uatre, six heures et plus, jusqu'au terme fatal. Enfin on a vu des malades devenir *ataleptiques*, mais cette forme de convulsion est la plus rare de toutes; nous ne avons jamais rencontrée.

» La mort arrive souvent après des phénomènes d'*asphyxie*, tantôt *subitement*, omme par une sorte de suspension de l'action nerveuse, tantôt sans convulsions *dans un état de coma* qui peut persister de quelques heures à un jour. »

3° *Forme comateuse.* — Nous avons vu que les deux formes précédentes se terminent fréquemment par le coma; dans quelques cas aussi, la forme comateuse se manifeste d'emblée, et alors on observe les phénomènes suivants : D'abord le malade ne paraît plongé que dans une *somnolence profonde*, dont on peut encore le rer de manière à en obtenir quelques réponses sur ce qu'il éprouve actuellement; est généralement calme, mais par moments il fait entendre quelques *plaintes*, agite, se met sur son séant, sur ses genoux, etc. Les *yeux* sont fermés ou largement uverts; mais dans les deux cas la vue est abolie, il y a *amaurose.* Si la maladie ne transforme pas en épilepsie, le malade revient à lui; il a seulement l'air étonné, ne répond pas encore, et les facultés ne se rétablissent que peu à peu.

§ II. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Tels sont les symptômes et la *marche* qui caractérisent ces troubles cérébraux; quant à la *durée*, voici ce qu'a constaté M. Grisolle : « La durée de la maladie varie, dit-il, suivant la forme des accidents. Le *délire*, s'il est intermittent, peut se prolonger, sans entraîner la mort, pendant quatre, six, neuf et dix-sept jours. Les *attaques d'épilepsie* peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés, depuis quelques minutes jusqu'à six ou sept jours. Enfin l'*état comateux* persiste le plus souvent de deux à six jours; mais dans quelques cas heureusement fort rares, la durée de l'affection, considérée en général, est très courte; car quelques heures, quelques minutes, quelques secondes même suffisent pour emporter les malades. »

Les *récidives* ne sont pas rares, alors même que les malades ne se soumettent plus à l'action délétère du plomb; mais M. Grisolle a constaté, d'après les faits qu'il a pu observer, qu'elles ne paraissent plus à craindre après la fin du second septénaire.

§ III. — Lésions anatomiques.

Dans plus de la moitié des cas, il n'y a aucune lésion appréciable. Chez les autres sujets, on trouve une augmentation de volume du cerveau ; les circonvolutions sont serrées et aplaties, et la dure-mère est distendue. Les ventricules sont vides, et leur cavité a perdu une partie notable de sa capacité. Quelquefois la pulpe cérébrale a une coloration jaunâtre.

§ IV. — Diagnostic, pronostic.

Les symptômes décrits plus haut n'ayant rien de pathognomonique, c'est par l'existence actuelle ou antérieure d'autres accidents saturnins, et en particulier de la colique, qu'on arrivera au diagnostic. Si l'amaurose existe, elle mettra aussi sur la voie par sa brusque apparition et sa disparition au bout de quelques jours. L'état constamment calme du pouls mérite encore de fixer l'attention.

Pronostic. — La mortalité est de plus de la moitié; c'est dire toute la gravité du pronostic. La forme convulsive est la plus grave. Il est rare que le malade succombe quand il a passé le sixième ou le septième jour.

§ V. — Traitement.

Nous devons convenir que nos ressources thérapeutiques sont très bornées. La *saignée* et les *applications froides sur la tête* sont, d'après M. Grisolle, non-seulement inutiles dans la grande majorité des cas, mais encore nuisibles. Nous devons dire néanmoins que, dans les cas assez nombreux que nous avons observés et traités, une ou deux applications de *sangsues* au cou ne nous ont pas paru aggraver les accidents.

M. Grisolle pense qu'un large *vésicatoire* sur tout le cuir chevelu peut être utile dans la forme comateuse; mais ce n'est encore qu'une présomption. Il en est de même des *affusions froides*.

L'*opium* est utile dans le *délire furieux ;* il calme, et procure le sommeil. On administre sous forme de lavements (quinze ou vingt gouttes de laudanum dans un demi-lavement émollient).

Le *sulfate de quinine* et les *antispasmodiques* ont constamment échoué.

Le *traitement de la Charité*, ou toute autre méthode évacuante, ne produit aucun effet contre les accidents cérébraux.

M. Rayer, cité par M. Tanquerel, a fini par abandonner tous ces traitements plus qu'incertains, et, s'en tenant à la *méthode expectante*, il a vu, sur trente-quatre malades, un seul cas de mort. Ce résultat est bien remarquable, et tend à prouver que les remèdes préconisés sont plus qu'inutiles, qu'ils sont très nuisibles.

ARTICLE XIX.

ARTHRALGIE SATURNINE.

Après la colique de plomb, l'arthralgie saturnine est la plus fréquente de toutes les affections qui sont dues à l'intoxication causée par ce métal. Jusqu'à M. Tanquerel, on s'était contenté de signaler des douleurs plus ou moins vives dans différentes parties du corps chez les sujets soumis à l'influence du plomb ; cet auteur nous a donné une description détaillée et intéressante de la maladie (1).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*arthralgie saturnine* est caractérisée par des douleurs des membres sans trajet déterminé, diminuées par la pression, augmentées par les mouvements, et offrant des exacerbations plus ou moins marquées.

Ces douleurs avaient été désignées par Sauvages sous le nom de *rhumatisme métallique.*

§ II. — Causes.

En général, les ouvriers les plus exposés à la colique de plomb sont aussi les plus sujets à l'arthralgie saturnine. Il faut seulement noter que *les ouvriers des fabriques de minium sont beaucoup plus sujets à l'arthralgie qu'à la colique.* La plus ou moins grande violence de la colique de plomb n'a pas de rapport direct avec le développement de l'arthralgie.

§ III. — Symptômes.

Prodromes. — Outre les signes d'intoxication générale, le malade éprouve ordinairement pendant quelques jours un engourdissement et une lassitude variables dans les membres qui doivent être affectés. Cet état est d'abord passager, existant le matin et se dissipant dans la journée. Il devient peu à peu plus intense et de plus longue durée ; dans quelques cas, les douleurs *débutent* brusquement ; dans le plus grand nombre, le début de l'affection a lieu la nuit.

Symptômes. — La *douleur* est le principal symptôme de cette affection ; le

(1) *Loc. cit.*, t. I.

[redacted]

siége de cette douleur peut être dans presque toutes les parties du corps, ma se montre ainsi qu'il suit dans l'ordre de fréquence : membres inférieurs, lo thorax, dos et tête. Il n'est pas rare de voir plusieurs de ces points, et notan les membres inférieurs et les membres supérieurs, être affectés à la fois.

Dans les membres, la douleur a son siége principal dans le sens de la flexio limites sont très variables ; et, ainsi que nous l'avons dit plus haut, elle ne su un trajet fixe comme la névralgie.

Cette douleur a, du reste, tous les caractères de l'élancement névralgique : cérante, brûlante, poignante, etc. Elle a, en général, des *paroxysmes* très qués, pendant lesquels les malades sont souvent en proie à une très vive agit Dans un certain nombre de cas, elle ne consiste, au contraire, que dans un si malaise.

Après les *accès*, les malades n'ont plus qu'un sentiment de brisement (constriction des parties affectées.

Ces accès sont plus ou moins rapprochés, quelquefois très fréquents ; un i vement, une sensation de froid peuvent les provoquer ; ils ont lieu ordinairen la nuit.

Il est ordinaire de voir la douleur *diminuée par la pression*. Cependant il dire que la pression n'a pas été exercée avec tout le soin possible, et il ne fau oublier ce fait, que les douleurs du ventre, dans la colique de plomb, sont sou apaisées par une pression large, et augmentées par une pression exercée avec l trémité des doigts. N'en serait-il pas de même dans l'arthralgie ? Nous regretto n'avoir pas encore fait cette expérience ; ce qu'il y a de certain, c'est que, (quelques cas, la pression exaspère la douleur.

Des *crampes*, des *spasmes*, la *rigidité* des muscles des parties affectées acc pagnent la douleur, principalement au moment des accès.

Du reste, il n'y a rien d'apparent à la peau, et le malade est *sans fièvre*.

Les diverses fonctions des organes voisins de parties occupées par la doul sont plus ou moins troublées : ainsi, dans la douleur de la poitrine, la respirat est gênée ; dans celle de la face, la sécrétion des fosses nasales se supprime, etc.

La douleur se porte souvent d'un point dans un autre, quelquefois elle en occ un grand nombre à la fois.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est, en général, très irrégulière ; quelquefois les s ptômes se dissipent brusquement ; plus souvent ils diminuent progressivem Dans un certain nombre de cas, la marche de la maladie est *chronique*.

Les *rechutes* et les *récidives* sont fréquentes et longtemps à craindre.

Si l'on abandonne la maladie à elle-même, elle peut se perpétuer ; bien trai elle n'a ordinairement qu'une durée de trois à six jours. Il est fréquent de vo *paralysie* succéder à l'arthralgie saturnine.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Il est évident que la maladie ne saurait être confondue qu'avec une *névral* Ce qui distingue ces deux affections, c'est que, dans l'arthralgie, la douleu

it pas de trajet déterminé, et qu'il n'y a pas de points douloureux circonrits. Je ne parle pas de la douleur à la pression ; car, dans quelques cas, elle :iste dans cette maladie, comme dans les névralgies, ainsi que nous l'avons vu us haut.

§ VI. — Traitement.

Les *bains sulfureux* donnés tous les jours, pendant sept ou huit jours, ou plus, le cas l'exige, sont, d'après l'expérience, un des moyens auxquels on doit avoir plus de confiance.

Il résulte des expériences de MM. Guillot et Melsens (1) que l'*iodure de potassium* a une très grande efficacité contre l'intoxication saturnine. Depuis l'époque où ils ont fait leur communication à l'Institut, nous avons plusieurs fois employé ce sel à la dose de 2 grammes par jour chez des sujets affaiblis, cachectiques, éprouvant es douleurs dans plusieurs parties du corps, et ce traitement a toujours été suivi romptement des meilleurs effets. On ne saurait donc trop engager les praticiens le mettre en usage.

ARTICLE XX.

PARALYSIE SATURNINE.

C'est encore à M. Tanquerel que nous devons l'histoire détaillée de la paralysie turnine, qui, avant lui, avait été indiquée, mais non décrite.

Il est rare que cette paralysie se déclare primitivement; presque toujours elle montre après la colique et l'arthralgie. Une sensation de froid, d'engourdissement, de la difficulté dans les mouvements, annoncent pendant un temps variable paralysie.

§ I. — Symptômes.

M. Grisolle ayant donné un bon résumé de la symptomatologie, d'après les avaux de M. Tanquerel, nous croyons devoir lui emprunter le passage suivant :

« La paralysie est rarement générale et complète; mais le plus souvent elle est *rnée à un système de muscles ;* elle peut même être circonscrite à un seul muscle, à un seul de ses faisceaux. Les *membres supérieurs* sont cinq ou six fois plus uvent atteints que les inférieurs ; il n'est pas rare que *les quatre membres* soient multanément affectés : presque toujours la paralysie est *bornée aux muscles exnseurs;* elle s'étend fréquemment aussi aux muscles qui concourent à l'articulation la *voix*. Ainsi les malades qui peuvent encore se tenir debout, tremblent sur urs jambes ; leurs mouvements sont incertains ; leurs jambes et leurs cuisses nt fléchies à cause de la paralysie des muscles de la partie antérieure (muscles tenseurs) ; les membres supérieurs sont pendants le long du tronc, si la paralysie st complète ; mais le plus souvent celle-ci n'atteint guère que les muscles exnseurs du *poignet* et des doigts. Ces parties sont alors fléchies ; les malades ne uvent plus saisir aucun objet, tandis qu'ils conservent les mouvements de l'épaule du bras.

(1) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, mars 1849.

[redacted]

» Chez ces individus, les lèvres sont ordinairement tremblantes ; la *langue* se mouvoir difficilement, la *parole* est embarrassée, il y a parfois du bégaye si la paralysie porte sur quelques muscles du *larynx*, il peut y avoir *aph* mais cet accident est rare. Il en est de même de la paralysie des muscles i costaux, qui, lorsqu'elle existe, amène bientôt la mort par *asphyxie*. La *s bilité* est presque toujours intacte dans les membres paralysées ; mais chez vingtième des malades environ, les parties privées de mouvement sont égale insensibles. Cette insensibilité peut n'atteindre que la *peau*, ou frapper en mê temps les parties profondes.

» Lorsque la *paralysie* est devenue *complète* et persiste depuis longtemps, l muscles finissent par s'atrophier. Si la paralysie n'affecte qu'un système de mu cles, ceux-ci sont les seuls qui s'atrophient ; ce qui fait un contraste fort rema quable avec les reliefs que forment les muscles des mêmes parties qui ne sont p paralysés. Ceux-ci alors, en imprimant à une certaine région du corps comme poignet, par exemple, un état de flexion forcée, et en les tiraillant, détermine le *déplacement* et la *saillie des tendons* et même *des os* du carpe. Lorsque la para lysie saturnine est très étendue, la *nutrition générale* languit, les malades s'affai blissent, s'étiolent, les *digestions* se dérangent, les membres s'infiltrent, de eschares se développent sur les parties qui supportent la pression du corps penda le décubitus ; enfin la mort survient dans le *marasme*. »

Cette paralysie est une de celles où les muscles ne se contractent pas sous l'in fluence de l'excitation électrique, ainsi que l'a démontré M. Duchenne (de Bou logne) ; ce qui n'empêche pas, ainsi qu'on le verra plus loin, l'électricité d'ag comme moyen curatif.

Nous ajouterons, pour terminer cette description, que la *paralysie du sentiment* que nous venons de voir se montrer avec la paralysie du mouvement, peut quelquefo exister seule. Elle a été décrite par M. Tanquerel, sous le nom d'*anesthés saturnine*. Elle est complète ou incomplète, et occupe une plus ou moins grand étendue du corps. Son siége de prédilection est aux membres. Il résulte des re cherches de M. Beau que l'anesthésie est beaucoup plus fréquente qu'on ne l croyait. Il est rare, en effet, de trouver un sujet sous l'influence du plomb q n'ait la sensibilité de la peau, surtout aux bras, plus ou moins affaiblie. L'*amau rose* peut aussi se montrer isolée avant ou après d'autres accidents saturnins.

§ II. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La paralysie se produit plus ou moins rapidement ; mais ordinairement l *marche* est lente, et sa *durée* est ensuite illimitée. Par un traitement actif, o obtient, dans un certain nombre de cas seulement, une guérison complète ou i complète.

§ III. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* ne présente pas de difficultés, car, en supposant qu'on n'ait pas d renseignements, ce qui ne paraît guère probable, la forme de la paralysie la d tingue de toutes les autres.

Le *pronostic* est grave, car souvent la paralysie est incurable ; souvent aussi

btient qu'une guérison incomplète, sans que l'on puisse ordinairement dire vance quel sera le résultat du traitement.

§ IV. — Traitement.

La *méthode évacuante* est inutile. On a employé avec quelque succès les *fric-ns excitantes* sur les membres malades, ainsi que les *bains de mer*, les *bains lfureux* et les *bains ferrugineux ;* mais ces moyens sont bien souvent infidèles. en est de même des *sinapismes*, des *vésicatoires*, de la *pommade stibiée* sur les rties paralysées.

L'*électricité*, et en particulier le *galvanisme*, ont procuré un certain nombre de iérisons dans des cas très graves, et en général on en obtient de bons effets, alors ême que la guérison n'est pas complétement obtenue.

La *noix vomique* a été administrée par M. Fouquier avec des succès remarquables. Aujourd'hui on administre la *strychnine* de la manière suivante :

On commence par en donner *sept* ou *huit milligrammes* pendant deux ou trois urs ; puis on en donne *un centigramme*, et l'on augmente graduellement la dose squ'à ce que le malade en prenne *cinq*, *six* ou *sept centigrammes* par jour. rsqu'on arrive à ces dernières doses, il faut surveiller attentivement les effets du mède, qui pourrait causer des accidents. Il est rarement nécessaire de les dé-sser. La strychnine s'administre *en pilules* ou *dans une potion*. On peut encore faire absorber par la *méthode endermique*.

Il résulte des faits observés par M. Tanquerel, que ces *trois moyens réunis*, les ins sulfureux, l'électricité et la strychnine, constituent la médication qui procure plus de guérisons.

ARTICLE XXI.

PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS SATURNINES.

Nous nous contenterons de citer l'extrait suivant d'un rapport fait par Combes l'Académie des sciences ; il renferme les principaux points du *traitement pro-hylactique*.

« Les maladies des ouvriers cérusiers peuvent être généralement prévenues par substitution des procédés mécaniques au travail manuel dans les opérations où s hommes sont obligés de toucher ou de manier la céruse ; par l'intervention de au dans la séparation des écailles des résidus de plomb, la pulvérisation de ces ailles et le criblage qui la suit ; par la substitution du moulage en prismes ou en iques à l'empotage de la céruse broyée à l'eau ; par le broyage à l'huile, dans fabrique même, à l'aide d'appareils convenables, de toute la céruse qui subit tte manipulation avant d'être mise en œuvre ; par la clôture, dans des chambres olées des ateliers, de tous les mécanismes servant à la pulvérisation, tamisage ou utage à sec de la céruse, lorsque ces opérations sont indispensables. On prévien-rait l'issue de la poussière par les ouvertures que nécessitent l'introduction des ma-ères et le passage des arbres de transmission du mouvement, en dirigeant des ourants d'air vers l'intérieur des chambres, surmontées, à cet effet, d'un tuyau en rme de cheminée élevé au-dessus du toit, et en faisant tourner les arbres de

[redacted]

transmission dans des anneaux de matière élastique ou des bourrelets const humectés et fixés aux parois. Enfin, on compléterait ces mesures par une tion très active des ateliers, et par des précautions hygiéniques d'une obs facile pour les ouvriers. »

Telles sont les maladies causées par le plomb. Nous ne croyons pas devoi dans de plus grands détails sur la prophylaxie de l'intoxication saturnine ap aux fabriques. C'est un point d'hygiène que les médecins attachés à ces ét ments doivent étudier dans les ouvrages spéciaux, et particulièrement da de M. Tanquerel, qui a traité avec soin ce point important.

FIN DU CINQUIÈME ET DERNIER VOLUME.

APPENDICE

ANIMAUX PARASITES (1).

ENTOZOAIRES.

[Nous ne dirons rien ici des entozoaires : nous renverrons le lecteur à l'article ERS INTESTINAUX, t. IV, p. 218 et suiv.

ECTOZOAIRES.

ANIMAUX PARASITES VIVANT A LA SURFACE DU CORPS DE L'HOMME, OU S'INTRODUISANT PAR LES ORIFICES NATURELS.

Notre intention n'est pas de donner une grande extension à ce chapitre qui ne mprend qu'un petit nombre de faits, dont quelques-uns méritent à peine l'attenn du médecin et sont presque du domaine de l'hygiène sociale. Cependant il st pas possible aujourd'hui de passer sous silence les faits si intéressants dont istoire naturelle a enrichi la médecine, notamment la présence de différents ectes, diptères, lépidoptères, arachnides, et de certains nématoïdes, comme le *rgonneau*, susceptibles de se nourrir et de se développer sur l'homme, et donnant a à des accidents qui réclament l'intervention du médecin.

I. — Poux.

Maladie pédiculaire. — Nous empruntons en grande partie à l'ouvrage de Moquin-Tandon (2) les détails relatifs à l'histoire naturelle de ces animaux asites :

« Le pou (*Pediculus*) appartient à l'ordre des hémiptères et à la famille des ostrées. Il a pour caractères : des antennes de la longueur du corselet; un suçoir n gaîne inarticulée, armé à son sommet de crochets rétractiles; deux yeux illants; un abdomen plus ou moins découpé sur les bords et six pieds marheurs. »

Les auteurs distinguent quatre espèces de *poux* : 1° le *pou de la tête;* 2° le *pou corps;* 3° le *pou des malades;* 4° le *pou du pubis.*

Le *pou de la tête* (*Pediculus capitis*), ou *pou commun*, se trouve principalement la tête des jeunes enfants et des personnes malpropres. Les femmes, à cause l'abondance de leur chevelure dont certaines classes prennent peu de soin; les

(1) Cet article devait être l'article V du chapitre Ier du livre douzième; sa place était t. V, 81.

(2) Moquin-Tandon, *Éléments de zoologie médicale*, 1860, in-12.

[redacted]

vieillards, chez lesquels la malpropreté et l'insouciance sont des conditions bles au développement de ces parasites; les gens que l'insensibilité de la stupeur ou l'affaiblissement mettent dans l'impossibilité de connaître les be leur corps et d'y pourvoir, sont surtout en proie à cette dégoûtante infirm malades, les vieillards qui restent couchés et immobiles pendant des semai mois entiers, ne peuvent s'y soustraire. C'est pour d'autres raisons que l'i majorité des hommes sauvages, demi-civilisés ou même tout à fait civilis portent la présence de ces parasites. La propreté, qui est une demi-vertu, assez en honneur parmi les hommes. Il y a tel peuple chez lequel les plus vêtements, les étoffes les plus précieuses, recouvrent une malpropreté ho L'Orient, le nord de l'Afrique et certaines parties méridionales de l'Europe so ce rapport, un curieux sujet d'étude pour les visiteurs venant des contrées m ou septentrionales qui ont le respect du corps, sans en avoir le culte. Le n'est pas une excuse suffisante. Au reste, les Lapons, les Groenlandais, les maux et un grand nombre de peuples du nord de l'Europe et de l'Asie, d habitations sont excessivement chauffées et que le froid force à se découvri ment, sont tout aussi peu soucieux de se débarrasser de cette vermine.

Les poux ont les deux sexes. Les mâles portent à l'extrémité de l'abdome est arrondie, un aiguillon écailleux, conique, pointu, avec lequel ils p piquer.

Ils sont ovipares; on désigne leurs œufs sous le nom de *lentes*; o trouve agglutinés aux cheveux. Ces œufs sont oblongs, blancs et s'ouvre sommet. Les petits éclosent au bout de cinq à six jours. Au bout de dix-huit j ils peuvent se reproduire. L'observation a démontré qu'un *pou* donne une quantaine d'œufs en six jours. On comprend combien est rapide la multiplic de ces parasites.

Les *poux* sont munis d'un suçoir protractile, à l'aide duquel ils sucent le chevelu; ils y produisent ainsi des démangeaisons très vives. D'après cer observateurs, les démangeaisons seraient surtout produites par l'aiguillon abd nal du mâle.

Le *pou du corps* est un peu plus grand, moins coloré et moins gris que le *de tête*. Il occasionne des démangeaisons plus vives que le précédent. On le tr surtout dans la barbe, sur la poitrine et dans toutes les parties pourvues de p

Le *pou des malades* (*tabescentium*) est d'un jaune pâle. Il a une tête arro ses antennes sont plus longues et son corselet plus grand que dans le *pou du co*

On assure, dit M. Moquin-Tandon, que cette espèce pond ses œufs sou piderme; que chaque nid devient une phlyctène, une ampoule, d'où s'échap dès qu'ils sont éclos, les petits *poux*. Ce seraient ces animaux qui donneraien à la maladie pédiculaire ou *phthiriase*.

« Cette maladie (1) est indiquée par beaucoup d'auteurs. Forestus parle » jeune fille qui en était affligée, et Borellus d'un soldat. Bernard-Valentin » donne l'histoire d'un homme de quarante ans qui avait des démange » insupportables par tout le corps et des tubercules volumineux rempli » nombre prodigieux de *poux*. Bremser a trouvé une fois une masse de

(1) Moquin-Tandon, loco cit.

dans une tumeur de la tête. M. Jules Cloquet a vu, chez un autre malade, des milliers de ces animaux accumulés dans une poche sous-cutanée. Cazal (d'Agde) cite un vieillard de soixante-cinq ans, qui ne pouvait pas se gratter sans faire sortir de son col et de ses épaules un véritable essaim de vermine qui se renouvelait avec une étonnante rapidité. Le docteur Jules Sichel a publié (1825) un essai monographique sur la *phthiriase*, dans lequel il passe en revue les différents siéges de cette maladie. »

Le *pou du pubis*, vulgairement appelé *morpion*, a le corps très élargi et aplati; on corselet est très court. Les quatre pattes postérieures sont grandes, recourbées t pourvues d'un crochet. Ses œufs sont oblongs et embrassent les poils dans une spèce de gaîne, ce qui fait qu'on les enlève difficilement. Cette espèce vit sur les oils des organes génitaux et s'étend à tout le corps, jusque dans la barbe, les urcils et mêmes les cils. La multiplication de ces insectes est extrêmement rapide. eur piqûre cause des démangeaisons insupportables. On les trouve surtout à la base les poils, où ils adhèrent tant au poil même qu'à la peau. Cette vermine, qui se ansmet souvent par les rapports sexuels, est considérée dans le peuple comme plus honteuse de toutes. Il serait à désirer que des instructions médicales, données aux classes pauvres et peu éclairées, fussent répandues à profusion, afin de ur enseigner les moyens bien simples de se débarrasser de ces parasites.

Phthiriase ou *maladie pédiculaire* (φθειρ, *pou*). — Les anciens avaient donné ne place spéciale dans la médecine à cette maladie vraie ou prétendue telle, dont ous ne nous faisons aujourd'hui aucune idée. Les livres anciens sont remplis 'histoires extraordinaires à cet égard. Aujourd'hui nous ne croyons plus à cette aladie, ou plutôt les connaissances en histoire naturelle dont s'est enrichie la édecine, ne permettent pas de l'admettre. Les arguments de M. Pouchet (1) 'ont pas pu nous convaincre : nous croyons que la génération spontanée n'existe as, et que ce qu'on a pris pour cause est effet. C'est dans le cours de graves maladies ue la malpropreté permet aux parasites animaux de se développer et de se multiier sur le corps de l'homme; encore de semblables faits ne se montrent-ils mais chez les malades entourés de soins vigilants.

Les poux produisent des démangeaisons et quelquefois amènent une maladie de au que la gale entraîne également, nous voulons parler du *prurigo*. On l'appelle *urigo pedicularis*. Souvent les démangeaisons vives qu'éprouvent les malades, besoin incessant de se gratter, les coups d'ongles qui déchirent la peau, n'ont autre cause que ce parasite, et c'est à quoi les médecins doivent prendre garde, peur de tomber dans des erreurs ridicules. Il est inutile de dire que notre pays t heureusement, et grâce aux médecins, débarrassé, nous l'espérons du moins, ce préjugé barbare qui faisait respecter par les parents, comme utile, la malopreté de la tête chez les jeunes enfants.

Traitement. — Outre l'usage du peigne fin, la tête des gens atteints de *poux* vra être soumise à des lavages fréquents à l'eau de savon. Les corps gras ont la opriété de tuer, en empêchant la respiration chez les insectes, aussi l'axonge ou autres graisses ou pommades devront-elles être employées. Il n'est pas utile d'em-

(1) *Voyez* Pouchet, *Hétérogénie ou Traité de la génération spontanée*, basé sur de nou*les expériences. Paris, 1859*, in-8.

[redacted]

ployer l'onguent mercuriel comme on le fait généralement, d'autant que la matière grasse agit ici seule. Le mercure a d'ailleurs l'inconvénient d'exposer à la salivation exagérée et à la stomatite. Lorsque le corps tout entier est couvert de ces parasites, ce qui convient le mieux c'est l'usage de corps gras et les bains, principalement les bains sulfureux. L'usage de poudre de tabac, de staphisaigre, de pyrèthre, est aussi très efficace.

II. — Puce.

Nous ne dirons que peu de choses de cet insecte, dont la description, au point de vue de l'histoire naturelle, ne saurait être faite dans un livre de la nature de celui-ci. Nous dirons seulement quelques mots de son appareil buccal. Sa bouche se compose de trois parties : 1° de palpes articulés ; 2° de deux lames ou lancettes dentées qui servent à percer la peau et à faire sourdre le sang que l'animal suce au moyen des contractions de son jabot; 3° d'une gaîne dans laquelle se meuvent les lames ou scies perforantes.

Les contrées méridionales en sont surtout infectées. La morsure de la puce produit une tache lenticulaire, quelquefois assez large, rose, au centre de laquelle on voit une petite perforation. Ces piqûres donnent quelquefois lieu à une démangeaison excessive, et la peau, à leur niveau, est le siége d'une légère tuméfaction qui se dissipe rapidement. Ces piqûres, lorsqu'elles sont très multipliées, ressemblent, au bout d'un certain temps, à des pétéchies. Il est avéré que chez les personnes atteintes de certaine altération du sang, de scorbut, la piqûre de la puce devient l'occasion d'une ecchymose ou véritable pétéchie. Les accidents causés par les puces sont trop légers pour mériter l'attention du médecin.

La *puce chique*, ou simplement la *chique* (*Pulex penetrans*), plus petite que la précédente, se rencontre principalement au Brésil et dans d'autres parties de l'Amérique du Sud.

Cet insecte pénètre sous la peau de l'homme, principalement aux orteils, sous les ongles et sous la peau du talon. Le développement de l'animal introduit ainsi sous la peau donne lieu à de vives douleurs. Quelquefois il se produit à ce niveau une inflammation avec abcès. Il faut enlever au plus vite ce parasite, opération quelquefois assez délicate, mais sans danger sérieux.

III. — Filaire.

Le *dragonneau* ou *filaire de Médine* (*Filaria Medinensis*) est un ver (nématoïdes) blanc, cylindrique, extrêmement long, filiforme ; sa bouche est ronde et porte quatre épines en croix. On a vu de ces vers longs de 40 centimètres et même de 75. L'épaisseur du corps est d'à peu près 2 millimètres (Gervais et Van Beneden). Ce ver est originaire des régions intertropicales de l'ancien continent, surtout de l'Afrique (côte de Guinée et Sénégal). C'est habituellement à la jambe, au niveau de la malléole que l'on trouve ce ver; mais on en a rencontré aux cuisses, au scrotum, à la poitrine. Il donne lieu à une légère tuméfaction, puis à une démangeaison vive; la peau rougit, se tend, et quelquefois il se forme un abcès très douloureux. Si cet abcès s'ouvre, on peut distinguer à travers l'ouverture les mouvements ou la forme du ver, que l'on doit chercher à extraire en entier, car s'il vient à se rompre, l'opération est à recommencer et dans des conditions moins

rables. Quelquefois on peut voir la forme du ver se dessiner à travers la peau. pareil cas, il est quelquefois indiqué de pratiquer une incision et d'extraire le par une traction modérée et graduée.

es animaux sont vivipares et il est important de ne pas les déchirer ou les inciser qu'on peut les extraire.

n ignore de quelle façon ils s'introduisent sous la peau.

ous ne décrirons pas ici la filaire de l'œil, nous renvoyons le lecteur aux tés de chirurgie (1) et d'ophthalmologie (2).

IV. — Tique.

es *tiques* ou *ixodes* sont des arachnides de la famille des acariens, qui s'atta-nt à la peau de divers animaux, principalement des chiens, des bœufs, che-x, daims, etc., et qui, dans quelques cas, ont été trouvés sur la peau de mme. Ces animaux sucent le sang en enfonçant leurs appendices buccaux dans erme, et leur corps acquiert, par le sang qu'ils aspirent, un volume considé-e. On s'en débarrasse facilement et nous ne les mentionnons que comme iosité.

V. — Rouget.

e *rouget* (*Leptus autumnalis*) est un petit animal acarien, pourvu de huit es, qui se trouve sur les tiges des graminées et les feuilles sèches, sur certains isseaux des jardins, et qui s'attache à la peau de plusieurs animaux domes-es et de l'homme lui-même. Il est très petit, difficile à apercevoir, d'une couleur ge écarlate. Cet animal se montre surtout vers le milieu de l'été. Il s'attache à ase des poils et se rencontre sur les jambes, les cuisses et le bas-ventre. Les ants et les femmes en sont surtout atteints. Sa morsure ou piqûre, qui a lieu à de d'un suçoir, produit de vives démangeaisons. Plusieurs auteurs citent des d'exanthèmes et d'affections vésiculeuses produits par cet animal. Les bains et frictions avec des corps gras sont des moyens sûrs de s'en débarrasser.

VI. — Larves d'insectes.

. *Mouche.* — On a observé un grand nombre de fois la présence de larves de ches vivant sur les plaies, et de nombreux exemples montrent que ces larves vent être déposées sur la peau ou à l'orifice des conduits naturels et vivre sitairement sur le corps de l'homme. M. Hope a publié de nombreuses obser-ons de cette nature (3). Sur cent huit cas contenus dans cet ouvrage, il y en a ante-trois qui se rapportent à des larves de mouches.

ous transcrirons ici deux observations qui sont relatées dans les ouvrages de Cruveilhier (4) et Gervais et Van Beneden (5). La première observation est de Roulin :

) Vidal, *Traité de pathologie externe*, 5ᵉ édition. Paris, 1861, t. III, p. 333.
) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*. Paris, 1852-1859. in-4, p. 706.
) Hope, *On insects and their larvæ occasionally found in the human body* (*Transact. entomol.* Londres, 1840).
) *Anatomie pathologique générale*. Paris, 1852, t. II, p. 8.
) *Zoologie médicale Exposé méthodique du règne animal basé sur l'anatomie, l'em-génie et la paléontologie*. Paris, 1859, in-8, t. I, p. 397.

[redacted]

« Un mendiant du Lincolshire mourut, en 1829, dans les circonstanc
» vantes : par un temps très chaud, cet homme s'étendit sous un arbre,
» avoir placé sur sa poitrine, entre sa chemise et sa peau, comme le font so
» les gens du peuple, le peu de pain et de viande qu'il destinait à son pro
» repas. La viande fut attaquée par les mouches, et les vers déposés par celles-ci
» sèrent des aliments sur la peau même de cet homme. Lorsqu'il fut trouvé, il
» déjà tellement attaqué que sa mort paraissait inévitable. On le transpo
» Asbornby, et l'on fit venir un chirurgien qui déclara qu'il ne survivrait pas l
» temps au pansement. Il mourut en effet peu d'heures après. Quand le chiru
» le vit, il présentait déjà un aspect effrayant ; de gros vers blancs, dont l'esp
» été regardée comme étant le *Musca carnaria*, se remuaient dans l'épaisse
» sa peau et dans ses chairs, qu'elles avaient profondément labourées (1). »

L'autre fait a été observé en 1823 ou 1824, à l'hôpital Saint-Louis, par M. J Cloquet :

« Un chiffonnier, âgé d'environ cinquante ans, fut ramassé dans un champ voisinage de Montfaucon, où probablement il s'était endormi dans un état com d'ivresse, et porté à l'hôpital Saint-Louis ; on ignorait depuis combien de tem était gisant en cet endroit. Or voici dans quel état il se trouvait : le cuir che était soulevé en tumeurs arrondies, couvertes de perforations irrégulières, à l vers lesquelles, au milieu d'une chair purulente fétide, sortait une énorme qu tité de vers ou larves du *Musca carnaria* ; de l'ouverture des paupières, én mément tuméfiées et rapprochées, s'échappaient de quinze à vingt de ces parvenus à leur entier développement ; des masses d'œufs, adhérents à la peau voyaient en outre au grand angle des yeux et à leur voisinage ; les cornées, de nues opaques, avaient été perforées, ainsi que la sclérotique, par ces mêmes a maux, si bien que les deux yeux étaient presque vides D'autres vers sortaient le nez et les oreilles. Des œufs, en grand nombre, avaient été déposés aux aine l'orifice du prépuce et au pourtour de l'anus ; quelques-uns paraissaient nouve ment éclos ; mais il n'y avait pas de larves complétement développées.

» Ce malheureux, qui reproduisait dans toute son horreur la maladie de Jol d'Hérode, était dans un assoupissement interrompu par de profonds soupirs, s de fortes expirations qui toujours chassaient hors du nez quelques-unes d larves. Il ne répondait d'ailleurs que par des grognements inintelligibles diverses questions qu'on lui adressait.

» La surface du corps fut lavée ; les cavités naturelles d'où sortaient les la de même que les cavités des tumeurs du cuir chevelu, furent injectées, larves extraites avec des pinces aussitôt qu'elles se présentaient. Le cuir cheve frotté avec l'onguent napolitain.

» Au bout de quelques jours, les larves cessèrent de se montrer aux ouve naturelles et aux perforations du cuir chevelu, qui tomba presque aussitôt en grène ; cependant les os ne furent pas dépouillés de leur périoste.

» Le malade mourut dans le marasme trois ou quatre semaines après son e à l'hôpital. »

(1) Kirby et Spence, t. I, p. 138 ; Roulin, Is. Geoffroy Saint-Hilaire, etc. (*Journaux tifiques* pour l'année 1833).

De pareils exemples, appuyés de l'autorité d'hommes éminents, ne peuvent être usés. D'ailleurs, depuis cette époque, de nouveaux faits, ou identiques ou anaues, se sont accumulés, et actuellement on ne saurait énumérer toutes ces servations.

On a trouvé des larves appartenant à différentes espèces de mouches :

Dans les sinus frontaux d'un homme âgé (Vohlfant);

Dans le sinus maxillaire d'une femme (Latham);

Dans les gencives et l'intérieur des joues d'un jeune homme, à la Jamaïque;

Dans l'oreille d'un jeune homme;

Dans le nez (obs. d'Azara, au Paraguay).

Ces larves, ainsi que celles de certains lépidoptères, ont été trouvées dans les ies digestives chez plusieurs sujets, et rendues par le vomissement. Récemment M. Laboulbène et Ch. Robin ont publié le cas d'une femme observée par . J. Dubois, qui rendit, avec les matières vomies et avec les selles, des larves de uscides vivantes appartenant à une espèce d'anthomye.

B. Parmi les insectes qui peuvent vivre parasitairement sur le corps de l'homme, faut citer encore les *œstres* (*Œstrus hominis*). C'est en Amérique que ces cas t été observés. La Condamine, Barrère et d'autres voyageurs du siècle dernier aient signalé ce fait en 1753. Arture, médecin français à Cayenne, publia des servations ayant trait aux mêmes faits. De Humboldt cite des cas de ce genre. . Roulin a publié l'observation d'un jeune homme de Marquita (Nouvelle-Grede) qui avait au scrotum une tumeur conique volumineuse, dont le sommet rforé laissait voir une larve qui fut extraite. Cette larve était très grosse; elle fut connue pour appartenir au genre œstridé, et être semblable aux larves qui se gent sous la peau des bœufs et des chevaux. MM. Guérin et Guyon ont publié s observations semblables, recueillies à la Martinique. M. Howship a commuqué à la Société royale de Londres deux faits identiques observés dans l'Amérique du Sud.

Il est inutile de dire que, dans des cas semblables, le diagnostic étant fait, la dication est simple : enlever l'animal parasite qui se présente ainsi à la portée la main.

Nous pourrions, si le cadre de cet ouvrage nous le permettait, nous étendre sur te intéressante question des maladies produites par les animaux parasites. L'une maladies les mieux étudiées sous ce rapport est la gale, autrefois si redoutée, et menée aujourd'hui, grâce aux travaux des auteurs modernes, notamment d'Alit, de MM. Bourguignon, Lanquetin (1), Hardy (2), aux proportions d'une on locale insignifiante produite par un animal dont l'histoire naturelle est actuellement parfaitement connue. (Voy. l'art. GALE, t. V, p. 420.)]

(1) *Notice sur la gale*, in-8, 1859.

(2) *Leçons sur les maladies de la peau*. 1859, in-8.

[redacted]

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE CINQUIÈME ET DERNIER VOLUME.

LIVRE ONZIÈME.

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE, DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR ET DES ORGANES DES SENS.

[redacted]

[redacted]

LIVRE DOUZIÈME.

INTOXICATIONS.

[redacted]

FIN DE LA TABLE DU CINQUIÈME ET DERNIER VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LES CINQ VOLUMES.

ı. Les chiffres romains indiquent le volume ; les chiffres arabes indiquent la page.

[redacted]

B

C

[redacted]

[redacted]

[redacted]

E

[redacted]

F

[redacted]

[redacted]

H

I

J

K

L

M

N

O

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

T

U

V

[redacted]

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE ET DU TOME CINQUIÈME ET DERNIER.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.



NAME	DATE DUE

